

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LUCIANA MAGNONI REBERTE

**EFEITOS DO USO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA
DURANTE O PRÉ-NATAL**



SÃO PAULO, 2012

LUCIANA MAGNONI REBERTE

**EFEITOS DO USO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA
DURANTE O PRÉ-NATAL**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Àrea de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora:

Profa. Dra. Luiza Akiko Komura Hoga

**SÃO PAULO
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Reberte, Luciana Magnoni

Efeitos do uso de uma cartilha educativa durante o pré-natal / Luciana Magnoni Reberte. -- São Paulo, 2012.

144 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luiza Akiko Komura Hoga

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Gravidez 2. Cuidado Pré-Natal 3. Educação em Saúde
4. Qualidade de vida 5. Efetividade I. Título.

Nome: Luciana Magnoni Reberte

Título: Efeitos do uso de uma Cartilha Educativa durante o Pré-Natal

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências obtido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Luiza Akiko Komura Hoga

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedico esta conquista a Deus.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor, João Paulo, aos meus pais Pedro e Amélia, à minha família e amigos queridos que compartilharam e celebraram com carinho cada etapa deste processo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Luiza Akiko Komura Hoga pelo apoio, parceria de trabalho e muitos ensinamentos ao longo destes anos de convivência. Muito obrigada.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de doutorado e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado sanduíche.

À Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo pelo apoio financeiro ao projeto de pesquisa.

À Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges pelo apoio essencial na realização da pesquisa, na obtenção do financiamento do projeto e pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Elaine Buchhorn Cintra Damião pelas contribuições no direcionamento do projeto.

À Elaine Minuci pelo trabalho estatístico, apoio e pelas ricas contribuições com o projeto.

Ao Prof. Jorge Alves de Lima, pela revisão cuidadosa de português e Evellyn Basílio pelo trabalho de formatação.

À Cris Setterval pela amizade e ajuda com a criação do banco de dados e aos meus amigos de representação discente e da pós-graduação da EEUSP pela convivência.

Às amigas Juliane, Flávia e Profa. Dra. Amélia Kimura, pelos momentos agradáveis e inesquecíveis do curso de Pesquisa em Enfermagem Internacional - INPhD.

Ao Prof. Phillip por tornar possível a minha comunicação do outro lado do mundo.

À Mariângela, chefe da Unidade Básica de Saúde Jardim São Jorge por ter autorizado a realização da pesquisa e apoio ao projeto.

Às queridas gestantes que participaram da pesquisa.

À equipe de profissionais de saúde e administrativo da Unidade Básica de Saúde Jardim São Jorge pelo apoio à pesquisa e na convocação das gestantes.

À equipe de profissionais do Curso do Pré-Natal: Fernanda, Líbia, Giuliana, Beth, Matheus, Viviane, Eluane e Juciel pelo envolvimento, dedicação e carinho com este trabalho.

Às Agentes Comunitárias de Saúde Ana Carolina e Ana Cristina pela contribuição na coleta de dados e à Assistente Administrativo Jaqueline pelo apoio com as informações sobre as gestantes.

À equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem, à equipe administrativa e às enfermeiras Patrícia e Ana Paula, da Unidade Básica de Saúde Jardim Jaqueline, pelo envolvimento e colaboração com este projeto.

À Sydney Nursing School, Universidade de Sydney pelo estágio de doutorado sanduíche. Às professoras Trudy Rudge e Sandra West pelo carinho, grande suporte na realização do estágio de doutorado sanduíche, motivação, companheirismo e contribuições para minha trajetória profissional. À Profa. Sally Tracy, pela supervisão no estágio de doutorado sanduíche, orientação, entusiasmo e acolhimento. À Dra. Jane Svensson, coordenadora de educação em saúde do Royal Hospital for Women pela atenção e contribuições. Profa. Dra. Donna Waters pelo suporte institucional e acolhimento.

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo”.

Martin Luther King

Reberte LM. Efeitos do uso de uma cartilha educativa durante o pré-natal [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Introdução: A educação para a promoção da saúde no pré-natal deve ser oferecida baseada nas necessidades e avaliações das próprias gestantes. A cartilha educativa “Celebrando a Vida” deve ser disponibilizada como parte da assistência pré-natal em função dos resultados que pode proporcionar às gestantes. **Objetivo Geral:** Avaliar os efeitos da cartilha educativa “Celebrando a Vida” na assistência pré-natal. **Método:** O método foi quantitativo e o tipo de estudo foi de intervenção, longitudinal, prospectivo, controlado e não paralelo. Locais de estudo: O estudo foi realizado em duas UBS do distrito de saúde do Butantã, em São Paulo: UBS Jd. Jaqueline e a UBS Jd. São Jorge. A população do estudo foi composta por gestantes em acompanhamento pré-natal, na UBS Jd. Jaqueline: grupo controle (sem cartilha) e grupo intervenção (com cartilha), e na UBS Jd. São Jorge: grupo controle (Curso do Pré-natal sem cartilha) e grupo intervenção (Curso do Pré-natal com cartilha). A coleta de dados foi realizada em três momentos: inicial, intermediário e seguimento. Os instrumentos utilizados foram: o questionário Sociodemográfico e Obstétrico, a escala de Qualidade de Vida “Ferrans e Powers Quality of Life Index” para gestantes e o Formulário de Avaliação da Educação sobre Gravidez durante o Pré-Natal. **Análise de Dados:** Qui-quadrado, Análise de Variância para Medidas Repetidas (ANOVA), Testes-t, Mann-Whitney e Wilcoxon. **Resultados:** 135 gestantes participaram do estudo na avaliação inicial, 126 no momento intermediário e 111 no seguimento. As informações recebidas durante o pré-natal foram avaliadas como suficientes pelo grupo intervenção da UBS Jd. Jaqueline após a entrega da cartilha, passando de 69,6% no momento inicial para 87,5% no seguimento. Na UBS Jd. Jaqueline, o conjunto representado por família, amigos e vizinhos foi o recurso mais citado no momento inicial para os dois grupos (76,6% controle, 57,4% intervenção). Após a intervenção, a cartilha foi o recurso mais citado para o grupo intervenção (68,2% no momento intermediário e 70,0% no seguimento). Na UBS Jd. São Jorge, o conjunto família, amigos e vizinhos foi o mais citado no momento inicial para os dois grupos (77,8% controle, 65,2% intervenção). No momento intermediário, os profissionais de saúde foram os mais citados (94,1% controle e 80,0% intervenção) enquanto a cartilha correspondeu a 75%. Na UBS Jd. Jaqueline e na UBS Jd. São Jorge, 100% das gestantes haviam lido a cartilha ou parte dela no seguimento. Mais de 70% das gestantes perceberam um aumento do conhecimento após ler a cartilha. Houve aumento significativo na qualidade de vida das gestantes da UBS Jd. São Jorge no momento intermediário. **Conclusão:** Houve resposta positiva à cartilha nas duas unidades. As gestantes leem a cartilha - mesmo aquelas com experiência de gestação anterior, utilizam as informações, são ajudadas pelo conteúdo da cartilha e também percebem mudança na vida. O uso da cartilha associada ao Curso do Pré-Natal aumenta a QV das gestantes em relação ao domínio socioeconômico.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez, Cuidado Pré-Natal, Educação em Saúde, Qualidade de Vida, Efetividade.

Reberte LM. Effects of a booklet during antenatal care in Brazil [thesis]. Sao Paulo: University of Sao Paulo, School of Nursing, Brasil; 2012.

ABSTRACT

Introduction: Antenatal education should be based on client's needs and their evaluations. The booklet "Celebrating Life" must integrate antenatal care in function of its outcomes. **General Objective:** To evaluate the effects of the educational booklet Celebrating Life. **Method:** It was quantitative and the study design was an intervention, longitudinal, prospective, controlled and unparallel. Two public health units, Units Jaqueline and Sao Jorge in Sao Paulo City, Brazil were the settings. The studied population was composed of pregnant women receiving antenatal care, according to the groups at Unit Jaqueline: group control (without the booklet) and group intervention (with the booklet), and at Unit Sao Jorge: group control (Antenatal Care Course without the booklet) and group intervention (Antenatal Care Course with the booklet). The data collection was done in three moments: baseline, intermediate time and follow-up. The instruments used were: a Sociodemography and Obstetric Questionnaire, The Ferrans e Powers Quality of Life Index (QLI for Brazilian pregnant women) and a Form of Assessment of Pregnancy Education during Antenatal Care. **Data Analysis:** Chi-square, Variance Analysis for Repeated Measures (ANOVA) and Paired Sample Statistics Mann-Whitney and Wilcoxon. **Results:** 135 pregnant women participated in this study at baseline, 126 intermediate time and 111 at follow-up. Group intervention in Unit Jaqueline considered they received enough antenatal information on intermediate time (69.6%) and follow-up (87.5%) than group control. The sources of information were different between groups. At Unit Jaqueline, the booklet became most cited source for group intervention (68.2% intermediate time and 70.0% on follow-up). At Unit Jaqueline, family, friends and neighbours were more cited source at baseline for both groups (76.6% control, 57.4% intervention) at baseline. At intermediate time and follow-up, the booklet was the most cited source by the intervention group (68.2% intermediate time and 70.0% follow-up). At Unit Sao Jorge, family/friends and neighbors were most cited (77.8% control, 65.2% intervention) on baseline. At intermediate time, health providers were most cited until follow-up (94.1% control and 80.0% intervention) and the booklet corresponded to 75%. All pregnant women of both Units read all booklet or part on follow-up. More than 70% of pregnant women had an increase in knowledge after read the booklet. There was a significant increase on quality of life of pregnant women at Unit Sao Jorge after intervention. **Conclusion:** There was a positive response to the booklet at both units. Booklet is a source of information that pregnant women who received it individually use most for their doubts. Pregnant women read the booklet, even those who had previous experience of pregnancy, they use booklet's information, are helped by it and realize changes in life. The booklet associated with Antenatal Care Course increases quality of life of pregnant women related to socio-economic domain.

KEY WORDS: Pregnancy, Antenatal Care, Health Education, Quality of Life, Effectiveness.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Grupos da pesquisa.....	47
Figura 2 – Equação para determinar o tamanho da amostra.....	50
Figura 3 – Fluxo de Participantes, Unidade A.....	61
Figura 4 – Fluxo de participantes na Unidade B	78
Gráfico 1 – Médias de QV total. Unidade A, São Paulo, 2012	73
Gráfico 2 – QV total. Unidade B. São Paulo, 2012	95
Gráfico 3 – Domínio socioeconômico no grupo intervenção, Unidade B. São Paulo, 2012	96

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição de gestantes, de acordo com as características sociodemográficas. Unidade A, São Paulo, 2012 62
- Tabela 2** – Características sociodemográficas das gestantes, de acordo com a idade, a renda e o número de moradores no mesmo domicílio. Unidade A, São Paulo, 2012 63
- Tabela 3** – Distribuição do número e proporção de gestantes, de acordo com as condições obstétricas. Unidade A, São Paulo, 2012 64
- Tabela 4** – Distribuição das gestantes, de acordo com os desconfortos da gravidez. Unidade A, São Paulo, 2012 66
- Tabela 5** – Avaliação das informações recebidas durante o pré-natal. Unidade A, São Paulo, 2011 67
- Tabela 6** – Distribuição das gestantes, de acordo com o uso dos meios de informação. Unidade A, São Paulo, 2011 69
- Tabela 7** – Distribuição das gestantes do grupo intervenção, de acordo com o uso da cartilha “Celebrando a Vida”. Unidade A, São Paulo, 2012 71
- Tabela 8** – Médias de QV total para os grupos intervenção e controle e nos dois grupos. Unidade A, São Paulo, 2012 72
- Tabela 9** – QV total e por domínios para o grupo controle entre o momento inicial e após a intervenção. Unidade A, São Paulo, 2012 73
- Tabela 10** – QV total e por domínios do grupo controle entre o momento inicial e o de seguimento. Unidade A, São Paulo, 2012 74
- Tabela 11** – QV total e por domínios para o grupo intervenção entre o momento inicial e o de seguimento. Unidade A, São Paulo, 2012 74
- Tabela 12** – Domínio família, de acordo com os momentos de coleta de dados do grupo controle. Unidade A, São Paulo, 2012 75

Tabela 13 – Domínio família, de acordo com os momentos de coleta de dados do grupo intervenção. Unidade A, São Paulo, 2012.....	75
Tabela 14 – Domínio psicológico/espiritual, de acordo com os momentos de coleta de dados do grupo controle. Unidade A, São Paulo, 2012.....	76
Tabela 15 – Domínio psicológico e espiritual em relação os momentos de coleta de dados para o grupo intervenção. Unidade A, São Paulo, 2012	76
Tabela 16 – Distribuição das gestantes em relação às características sociodemográficas, Unidade B. São Paulo, 2012	79
Tabela 17 – Características sociodemográficas das gestantes, de acordo com idade, renda e número de moradores no domicílio. Unidade B, São Paulo, 2012	80
Tabela 18 – Distribuição das gestantes, de acordo com as condições obstétricas. Unidade B, São Paulo, 2012	81
Tabela 19 – Distribuição das gestantes, de acordo com os desconfortos da gravidez. Unidade B, São Paulo, 2012	82
Tabela 20 – Avaliação das informações recebidas no pré-natal. Unidade B, São Paulo, 2012	84
Tabela 21 – Distribuição das gestantes, de acordo com o uso dos meios de informação. Unidade B, São Paulo, 2012.....	86
Tabela 22 – Distribuição das gestantes, de acordo com o uso da cartilha “Celebrando a Vida”. Unidade B, São Paulo, 2012.....	88
Tabela 23 – Distribuição das gestantes, de acordo com as expectativas para participar do Curso do Pré-Natal no momento inicial. Unidade B. São Paulo, 2012	89
Tabela 24 – Distribuição das gestantes, de acordo com a avaliação do Curso do Pré-Natal após a intervenção. Unidade B. São Paulo, 2012.....	90

Tabela 25 – Distribuição das gestantes, de acordo com o tipo de motivação correspondida após participarem do Curso do Pré-Natal. Unidade B. São Paulo, 2012.....	91
Tabela 26 – Distribuição das gestantes em relação à avaliação do Curso do Pré-Natal. Unidade B. São Paulo, 2012.....	92
Tabela 27 – Médias de QV total para os grupos intervenção e controle e a média total dos dois grupos. Unidade B. São Paulo, 2012	94
Tabela 28 – QV total e por domínios do grupo intervenção. Unidade B, 2012	95

LISTA DE SIGLAS

QV	Qualidade de Vida
IQV	Índice de Qualidade de Vida
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBS A	UBS Jd. Jaqueline
UBS B	UBS Jd. São Jorge

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVO.....	39
2.1	OBJETIVO GERAL.....	40
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
3	MÉTODO	41
3.1	LOCAL DO ESTUDO	42
3.2	INTERVENÇÃO.....	46
3.3	COLETA DE DADOS	48
3.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	49
3.5	AMOSTRA.....	50
3.6	INSTRUMENTOS	52
3.7	VARIÁVEIS DO ESTUDO	54
3.8	BANCO DE DADOS	57
3.9	ANÁLISE DOS DADOS	58
4	RESULTADOS	60
5	DISCUSSÃO.....	97
6	CONCLUSÃO.....	109
	REFERÊNCIAS.....	112

ANEXOS	122
ANEXO 1 - APROVAÇÃO CEP/EEUSP	123
ANEXO 2 – APROVAÇÃO CEP/SMS	124
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA GESTANTE	126
ANEXO 4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA FERRANS AND POWERS PARA GESTANTES	128
ANEXO 5 – PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ.....	132
APÊNDICES.....	133
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO	134
APÊNDICE 2 – INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL.....	136
APÊNDICE 3 – SOBRE A CARTILHA CELEBRANDO A VIDA.....	137
APÊNDICE 4 – MOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR DO CURSO DO PRÉ-NATAL	138
APÊNDICE 5 – AVALIAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO CURSO DO PRÉ-NATAL	139
APÊNDICE 6 – ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA ENTREGA DA CARTILHA	140
APÊNDICE 7 – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO CURSO DO PRÉ- NATAL	141
APÊNDICE 8 – PROGRAMA DE ATIVIDADE EDUCATIVA CURSO DO PRÉ-NATAL	142

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa de doutorado é o terceiro estudo que venho desenvolvendo, durante a minha trajetória como pesquisadora, no contexto das práticas educativas com gestantes. No primeiro estudo, concluído em 2005, uma atividade educativa em grupo, composta por nove sessões de duas horas, foi realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, com 12 participantes, que eram gestantes e seus acompanhantes. Tal atividade teve a finalidade de promover o bem-estar das gestantes, mediante o atendimento aos desconfortos físicos e emocionais e às dúvidas que causavam ansiedade. Segundo o relato dos participantes, esta intervenção, realizada por meio da metodologia da pesquisa-ação, produziu alívio dos desconfortos da gestação, bem-estar corporal, utilidade na vida cotidiana, promoção do autocuidado, aumento do envolvimento entre os casais e integração entre os participantes (Hoga, Reberte, 2006).

Aquela atividade resultou na elaboração das seguintes publicações: “O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal”, em 2005; “Técnicas corporais em grupo de gestantes: a experiência dos participantes”, em 2006; “Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupos de gestantes: a percepção dos participantes”, em 2007, e “A experiência de pais participantes de um grupo de educação para a saúde no pré-natal”, em 2010 (Hoga, Reberte, 2006; 2007; Reberte, Hoga, 2005; 2010).

Além disso, a atividade gerou dados que possibilitaram a elaboração de um material educativo para gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que tratava-se de uma cartilha intitulada “Celebrando a vida: nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante”, construída durante o curso de mestrado,

configurado o segundo estudo que desenvolvi neste campo de pesquisa, concluído no ano de 2008 (Reberte, 2008).

Para o desenvolvimento da atividade educativa em grupo e da cartilha, foi adotada a pesquisa-ação como metodologia e utilizado o referencial teórico da pedagogia crítica. São modelos teóricos que permitiram que estas atividades estivessem alinhadas aos princípios do SUS, de participação popular e dialógica na promoção da saúde. A produção desta cartilha teve o objetivo de promover a saúde da gestante, mediante a disponibilização de informações essenciais sobre os aspectos relativos à gestação, à maternidade e à assistência à mulher neste processo (Reberte, 2008).

O conteúdo da cartilha foi submetido à avaliação de profissionais de saúde da área de saúde materna e promoção da saúde e de gestantes atendidas no Centro de Saúde Escola Butantã durante sua elaboração, resultando nos seguintes conteúdos: mudanças que acontecem durante a gravidez; o desenvolvimento da gravidez e do bebê; o nascimento: como acontece o trabalho de parto; mais sobre o trabalho de parto, após o parto; amamentação; o recém-nascido e os cuidados com o corpo. Além de ser uma fonte de informações sobre as modificações físicas e emocionais da gravidez, ela também agregou informações sobre os direitos da mulher a uma assistência qualificada durante este período (Reberte, Hoga, 2009).

Esta cartilha foi disponibilizada gratuitamente, por meio eletrônico, na internet¹ por meio do site da Escola de Enfermagem da USP, tendo recebido o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS em 2009, sendo divulgada pelos meios de comunicação. Estes fatores tornaram a Cartilha de conhecimento público

¹ http://www.ee.usp.br/doc/celebrando_a_vida.pdf

(Brasil, 2010). Por meio desta pesquisa, também foi possível elaborar o artigo intitulado “O processo de construção de um material educativo para a promoção da saúde da gestante”, publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem, em 2012 (Reberte et al, 2012).

A continuidade desta investigação, com o estudo no campo da educação para a saúde da gestante delinea a presente tese de doutorado. Neste momento, o foco da atenção volta-se para os efeitos da cartilha “Celebrando a Vida” enquanto uma ação educativa inserida nas práticas da assistência pré-natal, ou seja, o estudo vem responder ao seguinte questionamento: Quais os efeitos que esta cartilha pode promover para as gestantes, se utilizada nos serviços de pré-natal do SUS?

Este conhecimento irá contribuir para elucidação do uso da Cartilha enquanto uma prática educativa baseada na avaliação das próprias usuárias dos serviços do SUS, possibilitando contribuir para a qualificação das ações educativas da assistência pré-natal e para a sustentabilidade destas práticas.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A necessidade de comprovar os efeitos das práticas na assistência à saúde representa um desafio para profissionais e pesquisadores. Estima-se que, atualmente, 30% a 40% dos usuários dos serviços de saúde são submetidos a tratamentos ou práticas sem comprovação de sua efetividade (Pearson, 2008). De acordo com o modelo de evidência do Instituto Joanna Briggs, uma instituição que promove a produção de evidência para o cuidado em saúde, a comprovação da efetividade é um elemento fundamental para gerar tais evidências. A efetividade é definida como a capacidade de uma prática em saúde atingir o efeito esperado quando realizada em condições apropriadas e mais próximas daquelas encontradas na prática clínica, utilizando protocolos de intervenção adequados às necessidades individuais dos usuários (Pearson, 2005). Portanto, a verificação da efetividade representa uma medida necessária no uso de práticas em saúde, para que elas sejam pertinentes e significativas em situações cotidianas da assistência à saúde (Goodman, 1998, Pearson, 2005; Secoli et al, 2010).

A educação em saúde durante o pré-natal tem sido uma intervenção amplamente utilizada, mas que ainda precisa ser melhor explorada no âmbito da efetividade de suas ações, para subsidiar a prática profissional (Hanson, 2009). Uma revisão sistemática com nove estudos e 2.284 mulheres, para avaliar os efeitos das intervenções educativas durante o pré-natal, concluiu que não há evidências suficientes para determinar quais os resultados deste tipo de intervenção. Nesta revisão, foram avaliados os efeitos da educação sobre aquisição de conhecimento, ansiedade, senso de controle, dor, suporte no trabalho de parto, aleitamento materno, habilidades nos cuidados com o recém-nascido, bem como o ajustamento social e

psicológico. Recomendou-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas com o objetivo de assegurar aos profissionais, que trabalham com educação para a saúde materna, a garantia das ações em função de sua efetividade para atender as necessidades das próprias famílias (Gagnon, Sandall, 2009).

Novick (2009) conduziu uma revisão integrativa que constatou que a educação no pré-natal é um dos aspectos essenciais para a satisfação das gestantes. As gestantes que participaram de atividades educativas em grupo estavam mais satisfeitas do que as gestantes que não participaram destas atividades. Segundo as gestantes, o diálogo entre os participantes, as informações e os aconselhamentos recebidos promoveram o suporte e resultaram em reações mais positivas ao cuidado.

Apesar de não haver consenso sobre os resultados dos programas de educação em saúde na gravidez (OMS, 2005), alguns estudos indicam que novas intervenções educativas devem ser desenvolvidas, aperfeiçoadas e avaliadas (Murphy, 2010). A necessidade de incorporação de novas práticas educativas, mediante a constatação de seus efeitos, também direcionou os estudos de avaliação sobre os diferentes tipos de materiais educativos utilizados como parte da educação pré-natal, como folhetos, brochuras, livretos e, também, as cartilhas educativas. Estes recursos educativos vêm apoiando o desenvolvimento dos programas e das ações de educação em saúde no pré-natal em todo o mundo.

Em 1978, o Colégio Real de Cirurgiões da Irlanda publicou um resumo afirmando a importância de materiais escritos e avaliou um folheto destinado à educação sobre o pré-natal e o parto. Os resultados da avaliação deste folheto apontaram para a redução da ansiedade e o aumento do conhecimento das mulheres sobre os assuntos explorados após o uso do folheto (Thornton et al., 1978).

Na África, gestantes e profissionais de saúde acreditavam que os materiais escritos deveriam ser oferecidos para a leitura em casa, com a família, complementando a atividade educativa em grupo com o profissional da saúde. No local pesquisado, uma única palestra era oferecida durante a gravidez e não havia material escrito para acompanhar a atividade. Constataram que era pouco provável que somente educação verbal produziria algum impacto no conhecimento ou mudança de comportamento das mulheres (Murrira et al, 1996).

No Reino Unido, as gestantes receberam vários tipos de folhetos com temas como parto, ultrassom, álcool na gravidez, peridural, aleitamento e local para o nascimento do bebê. Eram 10 tipos de folhetos que estavam disponíveis aos profissionais para serem entregues às gestantes em diferentes estágios da gestação. O estudo constatou que estes folhetos não alteraram a proporção de mulheres que exerceram a escolha informada no cuidado materno. No entanto a intervenção não foi garantida a todas as gestantes, já que apenas 70% delas haviam recebido um folheto entre todos os disponíveis (O` Cathain, 2002).

Na Austrália, um tipo de material educativo que é focado nas opções e nos resultados de intervenções, preparando as pessoas para a tomada de decisão, tem sido avaliado por estudiosos, sendo conhecido como “decisional aids”. Foram estudados dois tipos destes materiais: um para promover escolhas informadas de parto, para mulheres que tiveram parto cesária prévio (Shorten et al, 2005), e outro relativo à analgesia de parto, para mulheres planejando o parto vaginal (Raynes-Greenow et al, 2010). Os folhetos novos produziram aumento do conhecimento (Shorten et al, 2005, Raynes-Greenow et al, 2010), reduziram o conflito no processo de decisão (Shorten et al, 2005), sem aumentar a ansiedade das mulheres sobre a decisão (Raynes-

Greenow et al, 2010). Entretanto, as preferências de parto não foram consistentes com os resultados obstétricos para muitas mulheres, pois tiveram um parto diferente daquele que foi planejado (Shorten et al, 2005).

Outro estudo, conduzido na Austrália, avaliou a efetividade de um livreto sobre o conhecimento a respeito da indução no trabalho de parto. Houve maior retenção de conhecimento e os profissionais estavam mais disponíveis para discutir a informação com as gestantes com o uso do livreto (Cooper, 2011).

Pautado nesta necessidade da avaliação da efetividade das práticas direcionadas à educação em saúde na gravidez e devido aos resultados ainda insipientes e contraditórios do uso dos materiais educativos na atenção pré-natal, buscou-se avaliar a cartilha intitulada “Celebrando a Vida”, que foi desenvolvida considerando o contexto das usuárias do SUS no Brasil. Esse processo de avaliação é considerado um desafio no campo dos programas de educação para a promoção da saúde no pré-natal, devido à complexibilidade envolvida nesta intervenção e às dificuldades de acessar resultados relevantes em saúde materna. O uso de parâmetros, tanto de medidas de objetivas, quanto subjetivas, é recomendado nos estudos de avaliação em educação em saúde, para serem utilizados com finalidade de preencher estas lacunas no conhecimento (Jaddoe, 2009).

A qualidade de vida e os indicadores educacionais são considerados focos importantes da promoção da saúde. Tais parâmetros podem resultar numa abordagem mais abrangente do que aquelas que utilizam apenas aos indicadores obstétricos e perinatais (Minayo et al, 2000; SBEPS, 2008; Castro, 2010). A manutenção ou a melhora da qualidade de vida da gestante, mediante a utilização dos recursos educativos durante a gravidez, são resultados esperados.

Por meio da perspectiva da qualidade de vida, contemplam-se os aspectos socioeconômicos, psicológicos, espirituais, familiares e de saúde na experiência da gravidez (Fernandez, Vido, 2009). A educação em saúde na assistência pré-natal deverá contribuir para uma experiência de gravidez de maneira significativa e gratificante, possibilitando influenciar positivamente na qualidade de vida da gestante.

A disponibilização da cartilha “Celebrando a Vida” como parte da assistência pré-natal no SUS abrange os diferentes modelos de cuidado da atenção básica brasileira, tanto o tradicional quanto o Programa de Saúde da Família; também em diferentes práticas educativas: individualmente, entregue nas consultas de pré-natal, ou em conjunto com a atividade educativa grupal. Desta última forma, ela se constitui em um recurso da atividade grupal, direcionando sua condução, propiciando discussões e informações adicionais àquelas geradas pelo grupo.

Os resultados deste presente estudo, que busca comprovar a efetividade de uma cartilha fundamentam a escolha e a forma de utilização da cartilha “Celebrando a Vida” por gestores e profissionais de saúde. Pressupõe-se que a cartilha e a sua associação com atividades educativas possam influenciar no esclarecimento de dúvidas, no uso dos recursos de informação, no suporte às questões da vida das gestantes, na avaliação da atividade educativa e na manutenção ou na melhora da qualidade de vida das gestantes.

REVISÃO DA LITERATURA

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DURANTE O PRÉ-NATAL NO BRASIL

No Brasil, a prática da educação em saúde para gestantes durante o pré-natal, de maneira individual ou em grupos educativos, é uma política de saúde que tem sido adotada pelo Ministério da Saúde e pelos governos municipais e estaduais.

Desde 1984, quando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi implementado, pelo governo federal brasileiro, o Ministério da Saúde tem estimulado o desenvolvimento de ações educativas com o objetivo de melhorar a saúde das gestantes. Atualmente, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que é integrado à política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tem destacado o papel das ações educativas para as mulheres (Formiga Filho, 1999; Brasil, 2000; 2004).

Segundo as diretrizes propostas pelo PAISM, as ações educativas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inseridas em todas as atividades e ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, a adotar práticas para sua melhoria ou manutenção, a realizar mudanças e, ademais, a incorporar novos hábitos para a solução de seus problemas (Serruya et al, 2004).

Os programas nacionais também orientam a prática da atenção pré-natal, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, que determinou indicadores de desempenho para avaliar a qualidade da atenção pré-natal; dentre eles, as atividades educativas, com participação em pelo menos um

grupo educativo, ou as atividades similares, com orientações sobre aleitamento materno e trabalho de parto (Brasil, 2000).

Os programas de atenção à saúde na gravidez, promovidos pelos governos federais e municipais, também estabeleceram a educação em saúde na gravidez como uma diretriz. No presente momento, estão em vigência (e funcionam na cidade de São Paulo) os programas do governo federal Rede Cegonha e o programa municipal Rede de Proteção à Mãe Paulistana.

O Rede Cegonha é um programa ainda recente, lançado em 2011; suas ações educativas estão citadas como um dos componentes do programa, que devem ser implementadas como garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. No portal do governo federal, é possível constatar que existe específica atenção a este tópico com uma seção dedicada à maternidade. Nesta seção, os conteúdos educativos estão disponíveis para o acesso on-line e versam sobre os cuidados durante a gravidez, a importância do pré-natal, o desenvolvimento do bebê, os direitos da mulher grávida e Rede Cegonha (Brasil, 2012).

O Mãe Paulistana, da Prefeitura de São Paulo, criado em 2006, é o programa que norteia as ações na atenção pré-natal nas UBS em São Paulo. Nas UBS, em ambulatórios especializados e nos hospitais do SUS, as mulheres cadastradas recebem atendimento no pré-natal, no parto e no puerpério. Por meio do sistema de informações do Mãe Paulistana há o acompanhamento dos atendimentos realizados à mulher e ao recém-nascido, durante seu primeiro ano de vida. Este programa também conta com uma Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, para garantir a internação durante o parto e identificar os procedimentos realizados. Para inscrever-se na Rede de Proteção à Mãe Paulistana, a gestante deve fazer o cadastro na UBS,

para ter direito aos benefícios sociais de transporte e enxoval. Um dos componentes deste programa é o estímulo à formação e ao desenvolvimento de atividades educativas com gestantes, conhecido como Grupos de Gestantes (Prefeitura de São Paulo, 2010).

Percebe-se que as ações educativas que integram as propostas de atenção pré-natal nos programas de saúde pública nacionais têm sido amplamente recomendadas. No entanto, as diretrizes destes programas não estabelecem como são realizadas as avaliações das ações educativas e pouco se discute como estas práticas vêm modificando os resultados da assistência pré-natal. Considera-se importante não apenas avaliar a disponibilidade da educação em saúde na assistência, mas os efeitos das diferentes intervenções de educação em saúde para as usuárias dos serviços de saúde, considerando também os contextos de cuidado da assistência pré-natal.

O CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O desenvolvimento da atenção básica vem sendo impulsionado pelo processo de descentralização e apoiado por programas inovadores, para oferecer acesso universal e serviços abrangentes, assim como coordenar e expandir a atenção para níveis mais complexos de cuidado. Aproximadamente, 70% da população brasileira recebem assistência à saúde na atenção básica e esta forma de atenção à saúde é considerada como o serviço de uso habitual para 57% dos brasileiros (WHO, 2008; Paim et al, 2011).

A Atenção Básica à Saúde é um contexto privilegiado para o desenvolvimento de atividades educativas, com finalidade de promoção da saúde, tendo em vista que representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos, visando gerar

efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. É na atenção básica à saúde que ocorre o primeiro contato de indivíduos, família e comunidade na rede assistencial dentro do sistema de saúde. Caracteriza-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (Starfield, 2004).

No Brasil, a Atenção Básica é constituída por diferentes modelos de assistência. Há o modelo tradicional e também o Programa de Saúde da Família (PSF) ou a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O modelo tradicional de assistência é centrado no indivíduo e no trabalho do médico especialista, que é realizado de forma individual; apesar de realizar práticas de proteção e promoção da saúde, o enfoque deste modelo é na queixa ou no problema do paciente, sendo orientado para a cura de doenças e centrado no modelo hospitalar (Teixeira, 1998).

O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 e sua implementação teve o objetivo de proceder à reorganização das práticas assistenciais em novas bases e novos critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. No PSF, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes uma concepção ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (Franco, Merhy, 1999).

Criado inicialmente como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis às populações mais carentes ou de alto risco, o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas

locais de saúde, desde 1998. O PSF funciona por meio de equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Desde 2004, começou a incluir equipes de saúde bucal. Dados referentes a 2010 mostraram que o PSF no país conta com 33.000 equipes, que atendem cerca de 98 milhões de pessoas em 85% dos municípios brasileiros (Paim et al, 2011).

No caso específico da cidade de São Paulo, o processo de descentralização, ou municipalização, e de implantação do PSF aconteceu com atraso em relação às demais cidades do país. Isso devido ao estabelecimento do PAS (Programa de Assistência à Saúde), composto por diretrizes municipais que desconsideravam o que era proposto pelo SUS e que não priorizavam a sua viabilização. Assim, na cidade de São Paulo, o PSF teve início em 1996, limitado às ações na Região Leste, pelo Projeto de Qualidade Integral em Saúde (QALIS), por iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde, em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina. Somente em 2001, o PSF foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde (Guedes, 2003).

No cenário paulistano, houve o grande desafio de reformular o modelo de atenção em uma rede de aproximadamente 400 UBS, que havia passado por um processo recente de municipalização da estrutura estadual. Atualmente, a cidade de São Paulo conta com a maior cobertura do PSF no Brasil; no entanto, em alguns locais permanece o modelo tradicional de assistência (Chiesa, 2005; Sobrinho, Capucci, 2003).

Há, em São Paulo, unidades de saúde com características de assistência tradicional, PSF e mista, tendo, neste último tipo, a coexistência dos dois modelos de cuidado.

Os diferentes modelos de assistência vigentes na atenção básica incidem sobre a assistência pré-natal (Mendoza-Sassi et al, 2011; Piccini et al, 2007). Os autores apontam diferenças da atuação profissional no seguimento das normas técnicas e dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e na prática diária da atenção à saúde. As equipes de Saúde da Família se apoiam mais nas recomendações do Ministério da Saúde e, periodicamente, participam de reuniões multiprofissionais, nas quais são discutidos temas relacionados aos cuidados em saúde da população, com o intuito de aprimorar estes cuidados (Mendoza-Sassi et al, 2011).

Um estudo realizado por Moura et al (2003) sobre a comunicação e a informação em saúde no pré-natal no PSF, com enfermeiras e gestantes, verificou que a educação no pré-natal tem sido realizada de maneira individual e grupal. Apesar de haver maior desenvolvimento das ações educativas com o uso de metodologias participativas e de as gestantes valorizarem este tipo de atividade no PSF, a oferta das atividades de grupo, por exemplo, ainda são restritas e geralmente acontecem de maneira isolada, sem um projeto de continuidade. Neste estudo, alguns aspectos foram apontados como dificultadores da oferta de ações para promover informações em saúde para as gestantes, como o predomínio do modelo curativo, a inadequação de local para as atividades, o material educativo insuficiente, bem como o despreparo e a desmotivação dos profissionais. Estes fatores indicam que as intervenções com foco na superação destes problemas são necessárias para a qualificação da educação pré-natal, no contexto da atenção básica, e para proporcionar a manutenção ou a melhoria da qualidade de vida para as gestantes que participam deste cuidado.

QUALIDADE DE VIDA NA GRAVIDEZ

Embora a gravidez seja um acontecimento saudável e de baixo risco para a maior proporção das gestantes, as transformações físicas, emocionais e sociais resultantes desta fase merecem atenção especial, com o objetivo de melhorar a saúde, mas, principalmente, de fornecer o suporte para a vivência mais prazerosa da gravidez, gerando maior satisfação com a vida e com a assistência recebida.

A qualidade de vida tem sido utilizada como indicador para mensurar os resultados de tratamentos ou intervenções em saúde. Trata-se de um conceito abrangente explorado por autores de diversas áreas do conhecimento. O conceito de qualidade de vida (QV) é complexo e inclui diversos significados. Portanto, ele pode ser estudado segundo diferentes abordagens teóricas e avaliado por meio de inúmeros métodos de medida, pois os parâmetros de avaliação de autopercepção de saúde são amplos (Kimura, Silva, 2009).

No campo da enfermagem destaca-se a contribuição da pesquisadora Carol Estwing Ferrans, da Universidade de Illinois, Chicago, que desenvolve estudos sobre qualidade de vida a mais de duas décadas. Em 1996, na publicação “Development of Model of Quality of Life”, Ferrans propõe um modelo conceitual de qualidade de vida, baseado em estudos qualitativos e quantitativos (Ferrans, 1996). O modelo propõe a qualidade de vida em uma perspectiva individual, e considera que apenas o indivíduo pode julgar sua qualidade de vida. A qualidade de vida é determinada pela satisfação do indivíduo com as áreas que julgam ser importantes para ele. O conceito é estruturado em 32 elementos divididos em quatro domínios: saúde e funcionamento, psicológico e espiritual, social e econômico, e família. Os domínios representam um conjunto de elementos relacionados, que foram agrupados por meio

de análises estatísticas (Ferrans, 1996). Atualmente este modelo é utilizado em diversos países, mostrando-se adequado a várias culturas, para a população em geral e pessoas com doenças específicas. No presente estudo de doutorado, este modelo se mostrou o mais adequado por ter embasado o desenvolvimento do único questionário adaptado e validado para o português com uma versão específica para gestantes, o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP) e o seu conceito permitir captar aspectos relevantes para responder aos objetivos do estudo.

A qualidade de vida depende de valores e preferências individuais e está baseada na experiência de vida de cada pessoa. Neste conceito, a satisfação com a vida representa o núcleo central, pois implica em um julgamento de longo prazo a respeito das condições de vida em áreas consideradas importantes para a pessoa (Ferrans, 1996).

A satisfação das mulheres com o cuidado tem sido uma das principais áreas de interesse para os estudiosos da gravidez. A preocupação em conhecer a perspectiva da gestante em relação à sua própria saúde tem impulsionado a produção de conhecimentos sobre qualidade de vida (Clement, Sikorsk, Wilson, 1996).

Estudos desenvolvidos em diferentes países e culturas, dentre eles Brasil, Estados Unidos, Turquia, Canadá, Austrália, Espanha e Paquistão, demonstraram que diferentes fatores influenciam a qualidade de vida das gestantes. Tais estudos utilizam diferentes instrumentos para avaliar qualidade de vida, entre eles destacam-se o IQVFP e o SF-36.

Salienta-se que o IQVFP é o único instrumento de avaliação de qualidade de vida adaptado especificamente para avaliar qualidade de vida, durante a gravidez, das mulheres brasileiras.

Um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação de qualidade de vida na gravidez, apesar de não ter uma versão específica para uso com gestantes, o Short Form Health Survey (SF-36), que possibilita a autoavaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e compreende aspectos da vida agrupados nos domínios físico e mental.

Os estudos utilizando estes e outros instrumentos têm explorado a influência de diferentes fatores sobre a qualidade de vida das gestantes, que estão apresentados na revisão da literatura a seguir:

Fatores que influenciam a qualidade de vida na gravidez

- Trabalho, irritação, estresse, preocupações e a idade gestacional.

Um estudo brasileiro, utilizando o IQVFP, avaliou a qualidade de vida de 198 gestantes e verificou que não ter trabalho, a intensidade da irritação vivenciada, o nível de estresse e as preocupações relativas à própria vida foram os principais fatores que exerceram influência negativa sobre a qualidade de vida das gestantes. Este estudo revelou também que a qualidade de vida das gestantes foi melhor durante o primeiro trimestre da gravidez (Fernandes e Vido, 2009).

- Planejamento da gravidez

Um estudo mensurou os impactos da gestação não planejada sobre a qualidade de vida de 192 mulheres norte-americanas e estimou o valor que é atribuído à condição de não estar grávida com o uso do instrumento QALYs. Concluiu que a gravidez não planejada tem efeitos adversos sobre a qualidade de vida da mulher, pois 58% das mulheres não saberiam o que fazer se ficassem grávidas, 39% planejariam fazer um aborto e 6% planejariam entregar o filho para a adoção (Schwarz EB et al, 2008).

Considera-se que a porcentagem de gestações não planejadas entre adolescentes seja maior que entre adultas (Klima, 2003). Esta diferença foi constatada em estudo realizado na Turquia, utilizando o SF-36, para comparar a qualidade de vida em gestantes adolescentes e adultas. O total de 147 gestantes adolescentes, com menos de 20 anos, e 156 adultas, com idade entre 20 e 29 anos, participou do estudo, revelando que 57% das adolescentes relataram que a última gestação não foi planejada, comparadas a 41,7% de adultas. Concluiu-se que a qualidade de vida das adolescentes é menor que a das adultas, com exceção da dor corporal (Tasdemir et al, 2010).

- Sintomas físicos e idade gestacional

Sintomas físicos inerentes à gravidez também podem afetar a qualidade de vida das gestantes. Um estudo feito nos EUA, com 125 gestantes comparadas com 102 mulheres não gestantes, utilizando o SF-36, verificou que existe mudança na qualidade de vida em função da melhora do funcionamento físico e da dor corporal com a progressão da idade gestacional (Hueston, Kasik-Miller 1998).

No Canadá, foi pesquisada a qualidade de vida de 393 gestantes no terceiro trimestre de gestação e de 253 mulheres não gestantes com o uso do SF-36. As gestantes tinham menor qualidade de vida que as mulheres não gestantes no que diz respeito às limitações físicas, à dor corporal, ao funcionamento físico e social e à vitalidade (Otchet et al, 1999).

- Náuseas e vômitos

Um estudo com 593 gestantes australianas descreveu o impacto de náuseas e vômitos sobre a gravidez com o uso do SF-36. Constatou-se que a náusea é o sintoma que gera maior problema para a gestante e está associado com baixos índices

de qualidade de vida, principalmente em relação ao funcionamento físico, à energia e ao social, com efeitos sobre o trabalho, as atividades domésticas e as familiares (Smith et al, 2000).

Entre 140 gestantes espanholas de baixo risco gestacional, utilizando o SF-36, verificou-se que as náuseas e os vômitos estavam presentes em 50,7% daquelas com 12 a 16 semanas de gestação. Estes sintomas podem afetar as funções físicas e emocionais, sendo a dimensão física da qualidade de vida o fator mais prejudicado (Silvares et al, 2008).

Entre as gestantes canadenses, com o uso do SF-12, 78% referiram apresentar náuseas e vômitos. Estes sintomas foram associados com piores escores de QV no primeiro trimestre de gestação, em relação aos componentes físico e mental (Lacasse et al, 2008).

- Saúde Bucal

Outro sintoma físico que pode acontecer na gravidez e afetar a qualidade de vida é a dor provocada por problemas dentários. Um estudo foi realizado com 504 mulheres brasileiras, utilizando o instrumento específico que avalia o impacto da saúde bucal na qualidade de vida “Oral Impacts on Daily Performances” (OIDP). Dentre as gestantes estudadas, 39,1% relataram dor e, em uma escala de 0 a 10, a intensidade de dor relacionada a problemas com dente, gengiva e prótese foi, em média, 6,1 (de Oliveira, Nadanovsky, 2006).

- Sono

As alterações no padrão de sono durante a gestação também afetam a qualidade de vida. Gestantes canadenses, no terceiro trimestre de gravidez, tiveram redução na

qualidade de vida principalmente no aspecto físico verificado com o uso do SF-36 (da Costa et al, 2010).

- Depressão

Gestantes norte-americanas, no terceiro trimestre da gravidez, também apresentaram declínio no funcionamento físico e aumento da prevalência de sintomas depressivos, avaliado com o uso do SF-36. Estes aspectos estavam relacionados à situação socioeconômica da gestante, como não ter recursos financeiros suficientes para alimentação e moradia e não ter hábitos de saúde regulares, como a prática de exercícios físicos (Haas et al 2004).

Esta relação entre depressão e qualidade de vida também foi verificada com o SF-36 em um estudo com 114 gestantes hispânicas e afro-americanas. Verificou-se que as gestantes tinham baixa qualidade de vida nas dimensões física e de vitalidade, o que estava relacionado aos elevados níveis de sintomatologia depressiva (Mckee et al 2001).

Estudo com 175 gestantes norte-americanas, com 20 semanas de gestação ou menos, utilizando o SF-36, detectou prevalência de 15% de sintomas depressivos. A baixa qualidade de vida estava relacionada ao aspecto físico, emocional, dor corporal e saúde geral (Nicholson et al, 2006).

Em um estudo com 200 gestantes norte-americanas, utilizando o SF-36, a proporção de sintomas depressivos no primeiro trimestre foi de 15%, no segundo foi de 14% e, no terceiro, foi de 30%. Mulheres que começaram a ter sintomas depressivos durante a gravidez tiveram qualidade de vida pior que aquelas sem sintomas (Setse, 2009).

- Experiências traumáticas

Histórico obstétrico de óbito fetal, abortamento de repetição, parto prematuro e morte neonatal precoce são fatores que geram ansiedade e afetam a QV, pois são experiências traumáticas que envolvem padrões de reações fisiológicas e psicológicas. Um estudo utilizando o SF-36 que foi desenvolvido com 240 gestantes brasileiras verificou que as gestantes com experiências traumáticas na gestação anterior têm baixa qualidade de vida e apresentam sintomas de ansiedade e depressão na gravidez seguinte (Couto et al, 2009).

- Local de moradia

Estudo com 179 gestantes no Paquistão, utilizando o SF-12, encontrou que gestantes residentes no meio urbano têm melhor qualidade de vida do que gestantes do meio rural, em relação às limitações físicas resultantes de problemas físicos e emocionais e percepção geral de saúde (Naseem et al, 2011).

A proposta da educação em saúde no pré-natal para manutenção ou melhora da qualidade de vida.

O uso de estratégias durante a assistência pré-natal para apoiar as gestantes a conhecer e a lidar com os fatores que interferem na QV pode proporcionar melhores resultados da assistência à saúde. No entanto, os estudos apresentados na revisão sobre qualidade de vida e gravidez não discutiram ou não avaliaram estratégias para melhorar os níveis de qualidade de vida das gestantes.

A educação em saúde durante a gravidez pode ser um instrumento importante para influenciar a qualidade de vida, proporcionando recursos às gestantes para a busca do fortalecimento pessoal e coletivo, para assumir novos papéis sociais, lidar com a aceitação da gravidez, com os sintomas físicos e emocionais e, também, com as questões que afetam sua qualidade de vida nesta fase. Neste contexto, o

atendimento integral às demandas por assistência à saúde e às expectativas das gestantes, com a ampliação do foco da atenção pré-natal, mostra-se necessário.

A expansão do pré-natal, a partir do seu objetivo tradicional, de prevenção e detecção de problemas que possam afetar a saúde de mãe e do bebê, deve ampliar seus objetivos. Isto significa apoiar e incentivar uma família saudável, promover a conscientização sobre os aspectos sociais e psicológicos da maternidade e sobre as influências que estas podem exercer sobre a família, bem como possibilitar a reflexão e a participação na melhoria da qualidade da assistência prestada. Esta abordagem mais ampla busca alcançar resultados como a promoção da qualidade de vida, mediante o aprimoramento da qualidade da assistência à saúde (Clement, Sikorsk, Wilson, 1996).

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os efeitos da cartilha educativa “Celebrando a Vida” na assistência pré-natal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar os efeitos da cartilha, utilizando variáveis educacionais:

- a) Comparar a avaliação das gestantes dos grupos controle e intervenção em relação às informações para o esclarecimento de dúvidas fornecidas pelos profissionais durante a assistência pré-natal.
- b) Comparar o uso dos recursos de informações sobre gravidez entre os grupos controle e intervenção.
- c) Descrever o uso da cartilha pelas gestantes dos grupos de intervenção.
- d) Descrever e comparar a avaliação das gestantes dos grupos controle e intervenção em relação à participação no Curso de Pré-Natal.

2. Avaliar os efeitos da cartilha, utilizando a variável qualidade de vida, comparando os resultados de qualidade de vida de gestantes dos grupos controle e intervenção.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

O método de pesquisa foi quantitativo. O tipo de estudo foi de intervenção, longitudinal, prospectivo, controlado e não paralelo.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

Duas Unidades Básicas de Saúde participaram da pesquisa. Estas UBS fazem parte do Distrito de Saúde do Butantã, na região Oeste da Cidade de São Paulo, e integram a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Unidade A – Unidade Básica de Saúde Jardim Jaqueline

A população atendida neste local é de 45.000 habitantes. A assistência pré-natal é realizada por três médicos ginecologistas e obstetras. Há também a possibilidade das gestantes se consultarem com os profissionais: psiquiatras (2), nutricionista (1), psicólogo (1), dentistas (5) e assistente social (2), de acordo com a necessidade.

Esta unidade também conta com médicos generalistas (3), fonoaudiólogo (1), médicos pediatras (4) e terapeuta ocupacional (1), auxiliares e técnicos de enfermagem (9).

A assistência pré-natal consiste em consultas médicas com ginecologistas/obstetras individualizadas e com agendamento prévio. As enfermeiras (3) atendem as gestantes de acordo com a demanda espontânea em questões individuais, auxiliam na resolução de problemas relacionados ao tratamento e identificam prioridades para atendimento médico. Os auxiliares e os técnicos de

enfermagem realizam atendimento complementar à consulta de pré-natal, o que inclui agendamento de exames, verificação do peso e mensuração da pressão arterial, bem como administração de vacinas às gestantes.

Estas consultas atendem preferencialmente a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde – no mínimo seis consultas de pré-natal, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Em geral, as consultas podem ser mensais até a 36^a. semana de gestação; após este período, são quinzenais e, próximo ao termo as consultas são semanais.

A conduta médica segue o protocolo do Programa Mãe Paulistana, que estabelece que o profissional deve realizar anamnese e exame físico geral e ginecológico, bem como anotar dados no prontuário e no cartão de pré-natal e atualizar informações periodicamente, para alimentação dos sistemas de informação. O acompanhamento da gestante deve ser feito conforme cronogramas e protocolos da Secretaria Municipal de Saúde. A gestante de risco deverá ser encaminhada para referência de alto risco, mas deverá ser acompanhada pela UBS, enquanto não tiver vaga garantida na referência. O profissional também é responsável pela notificação compulsória tratamento da gestante (Prefeitura de São Paulo, 2010).

São também atribuições do médico ginecologista e obstetra na UBS tradicional: facilitar a captação precoce da gestante e seu “acolhimento” na unidade; informar a gestante sobre a existência do programa e encaminhá-la para a inserção no mesmo; sensibilizar a gestante sobre a importância do pré-natal; oferecer obrigatoriamente os exames de rotina pré-natal; encaminhá-la para a abertura de prontuário, cartão de pré-natal e inserção no sistema. Realizar coleta de colpocitologia oncótica, sendo que este procedimento, no âmbito da equipe de

enfermagem, é uma atividade privativa do enfermeiro (Prefeitura de São Paulo, 2010; COFEN, 2011).

Nesta unidade, aproximadamente 460 gestantes receberam atendimento pré-natal no período de um ano. A média de novas gestantes por mês é de 38,6. As gestantes têm oportunidade de receber educação em saúde nas consultas de pré-natal, mas que é dependente da ação da gestante fazer algum questionamento para o profissional durante a consulta e da atitude de cada profissional em identificar e responder os questionamentos apresentados pelas gestantes.

O elevado número de gestantes atendidas nesta UBS e o modelo de cuidado foram considerados para a escolha desta unidade como local de estudo. Duas enfermeiras se prontificaram a participar do estudo, entregando a cartilha para cada gestante. No momento da entrega da cartilha, estas enfermeiras seguiram as instruções padronizadas a respeito da cartilha (Apêndice 6).

Unidade B – Unidade Básica de Saúde Jardim São Jorge

Esta unidade é administrada por uma Organização Social de Saúde (OSS). Sua gestão é feita em parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e a Fundação Faculdade de Medicina. A unidade é responsável pelo atendimento de 28.000 pessoas, sendo 18.000 pelo PSF e 10.000 pela área Posto. A área Posto corresponde ao atendimento das localidades mais próximas à UBS.

O número de gestantes em acompanhamento pré-natal no período de agosto de 2010 a agosto de 2011 foi de 374, com uma média de 31,25 gestantes novas por mês. O atendimento pré-natal é realizado por médicos e enfermeiros em consultas individuais. Os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam visitas domiciliares, com a finalidade de busca ativa das gestantes que não comparecem às consultas entre

outras ações. O primeiro atendimento após o resultado positivo de gravidez, pelo exame de urina, é realizado por um enfermeiro responsável pela supervisão da UBS e pelo acolhimento das gestantes, bem como o primeiro exame físico, as orientações educativas e o registro no cartão do pré-natal. A primeira consulta de pré-natal é realizada por um enfermeiro e as subsequentes são intercaladas entre o médico e o enfermeiro. O calendário de consultas também acompanha as recomendações do Ministério da Saúde: mínimo de seis consultas durante a gestação.

Nesta UBS, atuam seis equipes de PSF, sendo que cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, seis ACS e dois auxiliares de enfermagem, que atendem a seis microáreas, identificadas pelas cores vermelha, rosa, azul, laranja, amarela e verde. Além das microáreas do PSF existe a área Posto, que é de atuação de uma médica ginecologista e obstetra, quatro médicos de outras especialidades, seis auxiliares de enfermagem e um enfermeiro. Há também três dentistas, uma assistente social e um técnico de enfermagem.

Esta unidade também conta com 15 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). São profissionais que atuam em duas unidades de saúde, para discussão de casos específicos com os profissionais do PSF e participação em atividades em grupo. O Nasf é composto por um nutricionista, um fonoaudiólogo, dois educadores físicos, dois terapeutas ocupacionais, dois psicólogos, um fisioterapeuta, um psiquiatra, um geriatra, um clínico, um pediatra e um ginecologista-obstetra.

Os profissionais do PSF estavam interessados na implementação de uma atividade educativa em grupo para gestantes durante o pré-natal como parte da rotina da Unidade – e este interesse contribuiu na escolha da unidade como local de estudo.

Além disso, esta UBS é campo de atuação permanente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo nas atividades de ensino e pesquisa, sendo desenvolvidas atividades de ensino teórico-prático com alunos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da EEUSP, o que favoreceu a inserção e a atuação do pesquisador no local do estudo.

3.2 INTERVENÇÃO

A entrega da cartilha foi a intervenção realizada nos grupos de intervenção, ocorrendo da seguinte forma:

1. Individualmente

Na UBS A, a cartilha foi entregue de forma individual, no consultório, por enfermeiras da UBS, utilizando o protocolo descrito no Apêndice 6.

2. Durante a Atividade Educativa em Grupo

Na UBS B, a cartilha foi entregue pelos profissionais no primeiro dia de participação da gestante na atividade educativa em grupo, realizando esclarecimentos sobre o material educativo.

Esta atividade, denominada Curso do Pré-Natal, foi composta por cinco encontros educativos, sendo que as gestantes podiam participar em qualquer um dos encontros. O material de divulgação e os conteúdos detalhados do curso estão descritos nos Apêndices 7 e 8.

Os encontros estavam de acordo com o conteúdo da cartilha e foram distribuídos nos temas a seguir:

1. Integração do grupo/Expectativas e Mudanças durante a gravidez

2. Desenvolvimento fetal e gestacional
3. Trabalho de parto
4. Amamentação
5. Pós-parto e cuidados com o RN

O curso foi oferecido com periodicidade quinzenal, às sextas-feiras, às 14h, com duração média de 2 horas. Em cada encontro, houve a participação do pesquisador e mais um ou dois profissionais da UBS B (enfermeiro, médico ou dentista). Os encontros eram realizados na sala de atividades com grupos da UBS B ou na sala de estudos. A pedagogia era centrada na interação entre os participantes e os profissionais, com diálogos e discussões, evitando-se o formato tradicional de palestra. Apesar dos temas e dos assuntos serem pré-definidos, para garantir a mesma intervenção a todas as gestantes, as dúvidas das gestantes eram sempre valorizadas, estivessem elas relacionadas ou não ao tema do encontro. O conteúdo do curso estava alinhado ao conteúdo da cartilha e a cartilha estava disponível para o uso do profissional. Os profissionais também usaram estratégias didáticas, como computador, projetor, vídeos, bonecos e colchonetes.

Foram formados grupos de pesquisa de acordo com a entrega da cartilha realizada nas unidades de estudo, conforme mostrado na Figura 1.

CARTILHA		
Unidade de Saúde	Não	Sim
A	Controle	Intervenção
B	Controle	Intervenção

Figura 1 – Grupos da pesquisa

Antes do início deste estudo, a cartilha “Celebrando a Vida” não havia sido utilizada rotineiramente nas duas UBS. Os grupos foram não paralelos, ou seja, os grupos controle foram conduzidos sem o uso da cartilha, caracterizando o cuidado pré-natal de rotina. Após a coleta de dados dos grupos controles, a cartilha foi introduzida nos grupos de intervenção, para garantir as diferenças entre as intervenções educativas nos grupos, relacionadas ao acesso da Cartilha Celebrando a Vida.

A **alocação dos grupos** ocorreu da seguinte forma:

Unidade A

Grupo controle: gestantes que responderam os questionários da pesquisa.

Grupo intervenção: gestantes que receberam a Cartilha e responderam os questionários da pesquisa.

Unidade B

Grupo controle: gestantes que participaram do Curso do Pré-Natal e responderam os questionários da pesquisa.

Grupo intervenção: gestantes que participaram do Curso do Pré-Natal, receberam a Cartilha e responderam os questionários da pesquisa.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em três momentos: inicial, intermediário e seguimento.

O momento inicial foi feito após a gestante aceitar participar da pesquisa e antes da entrega da cartilha. No caso da Unidade B, também foi realizado antes da participação no Curso do Pré-Natal.

O momento intermediário foi feito com intervalo mínimo de um mês após o momento inicial, possibilitando que a gestante tivesse tempo suficiente para ler a cartilha no caso dos grupos de intervenção e comparativamente para os grupos de controle.

O momento de seguimento foi realizado no terceiro trimestre de gestação, considerando a idade gestacional maior ou igual a 27 semanas de gestação.

Na Unidade A, a coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e, na unidade B, foi realizada por duas agentes comunitárias de saúde.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo CEP/EEUSP (Processo nº 897/2010, conforme Anexo 1), pelo Comitê da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo (Anexo 2) e autorizado pelas Gerências das UBS participantes. Após fornecer os esclarecimentos necessários sobre a participação na pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 3) foi lido e as gestantes que concordaram com a proposta foram convidadas a assinar o TCLE, de acordo com a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e com a Declaração de Helsink (World Medical Association, 2000).

3.5 AMOSTRA

Para a realização desta pesquisa foi estabelecida a participação de 168 gestantes no total, com 42 gestantes em cada grupo de estudo.

O seguinte cálculo estatístico, baseado em Rosner (2007), foi realizado, para a determinação da amostra da população:

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2\bar{p}\bar{q}} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2} \right]^2}{\Delta^2}$$

Figura 2 – Equação para determinar o tamanho da amostra em cada grupo, comparando a proporção de mulheres que tiveram aumento no escore de qualidade de vida após a intervenção:

p_1, p_2 : proporção esperada de mulheres com aumento do escore de qualidade de vida após a intervenção (uso da cartilha)

$q_1 = 1 - p_1$: proporção complementar do grupo controle

$q_2 = 1 - p_2$: proporção complementar do grupo intervenção

$\Delta = |p_2 - p_1|$: diferença absoluta entre as proporções

$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$: proporção média

$\bar{q} = 1 - \bar{p}$: proporção complementar da proporção ponderada

Considerando valores de proporções para os dois grupos, com significância de 5%, poder de 80% tamanho igual para os dois grupos. Definiram-se $p_1 = 0,4$; $p_2 = 0,7$ e $n = 42$, com o valor de n arredondado para o próximo inteiro.

No entanto, avaliou-se a necessidade de considerar uma perda de participantes de 10% durante o seguimento no estudo. Assim, foi considerado necessário obter o $n = 47$ para cada grupo, totalizando 188 gestantes.

Para a inclusão das gestantes no estudo, foram determinados os seguintes critérios: confirmação de gravidez, estar, no máximo, no segundo trimestre de gravidez, ter pelo menos uma consulta de pré-natal, estar em acompanhamento pré-natal no local do estudo, saber ler e escrever.

Critério de exclusão: razões físicas e psicológicas que impedem o entendimento e resposta aos questionários.

Perda de seguimento: recusa em participar do estudo, gestantes transferidas para o pré-natal de alto risco, internação hospitalar, abortamento, perda fetal e trabalho de parto prematuro antes de responder aos questionários, mudança de endereço (que se localizou fora da área de abrangência da UBS) e gestantes que não foram encontradas mediante o esgotamento de todas as tentativas de localização (por contato telefônico, envio de correspondência e visita domiciliar).

Gestantes que atenderam ao critério de inclusão foram convidadas a participar do estudo até se completar o número total de gestantes em cada grupo (N=47), que foram compostos de forma não paralela, ou seja, os grupos controles ocorreram antes dos grupos de intervenção.

As gestantes da Unidade A foram convidadas a participar da pesquisa pela própria pesquisadora, pessoalmente.

As gestantes da Unidade B foram convidadas pelos profissionais da UBS, pela pesquisadora pessoalmente, via folders, cartazes e telefonemas. Após o consentimento verbal em participar do estudo, foi solicitada a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento.

3.6 INSTRUMENTOS

Foi necessário aplicar um pré-teste antes de iniciar o estudo para determinar a adequação dos instrumentos.

Os questionários são autopreenchidos, mas as gestantes tiveram supervisão para eventuais dificuldades no preenchimento.

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário sociodemográfico e obstétrico, com a finalidade de caracterização da amostra e identificação de variáveis que influenciam na qualidade de vida na gravidez (Apêndice 1).
2. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers adaptado para gestantes (IQVFP), que é um instrumento específico para avaliar qualidade de vida na gravidez (Anexo 4). Fernandez et al. (2004) realizaram uma adaptação do IQVFP com gestantes e, posteriormente, foi realizado um estudo para determinar o cálculo deste índice em cada trimestre gestacional (Fernandez, Vido, 2009). O IQVFP é um índice utilizado mundialmente para avaliação da QV e é adequado para avaliação de QV em indivíduos sadios. O IQVFP é composto por 33 questões, agrupadas em quatro domínios: Saúde/Funcionamento, Socioeconômico, Psicológico/Espiritual e Família (Kimura, Silva, 2009). No IQVFP para gestantes, foram incluídas três questões específicas, totalizando 36 questões. Os itens incluídos ao instrumento foram: item 2 (sua gravidez), item 5 (as mudanças de humor que você sente - tristeza e alegria) e o item 29 (a possibilidade de ter uma criança). Os valores de cada questão são computados em índices, resultando em valores que variam de 0 a 30. Há o cálculo de um índice total e o cálculo para cada domínio (Fernandez, Vido, 2009).

Os domínios a seguir correspondem às seguintes questões do IQVFP:

Saúde e funcionamento

Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8, Q9, Q10, Q15, Q18, Q19, Q20, Q28, Q29

Socioeconômico

Q16,Q17,Q21,Q22,Q23,Q24,Q25,Q26,Q27

Psicológico e espiritual

Q30 Q31,Q32,Q33,Q34,Q35,Q36

Família

Q11,Q12,Q13,Q14

3. Formulário de Avaliação da Educação sobre Gravidez no Pré-Natal (Apêndices 2 ao 5), que avalia a educação no pré-natal e é composto por quatro instrumentos:

- a) *Informações do pré-natal* – avalia satisfação, correspondência, suficiência e importância das informações fornecidas pelos profissionais para o esclarecimento de dúvidas durante o pré-natal; também identifica os meios de informação que a gestante procura durante a gravidez para o esclarecimento de dúvidas.
- b) *Sobre a Cartilha Celebrando a Vida* – avalia a utilização e os efeitos da cartilha.
- c) *Motivação para participar do Curso do Pré-Natal* – identifica o interesse da gestante para esta atividade.
- d) *Avaliação sobre a participação do Curso do Pré-Natal* – avalia a correspondência das expectativas e os efeitos relativos à participação no curso.

Este formulário foi elaborado com base nos resultados de um estudo sobre educação para a saúde na gravidez, realizado por Hoga e Reberte (2006, 2007). As questões sobre a cartilha foram baseadas nos resultados da validação da cartilha (Reberte, 2008) e no estudo de Kabakian-Khasholian e Campbell (2007) sobre avaliação de cartilhas para gestantes e puerpéras.

Os questionários que foram utilizados no momento inicial foram os seguintes:

1. Questionário sociodemográfico e obstétrico
2. IQVFP para gestantes
3. Formulário de Avaliação da Educação sobre Gravidez no Pré-Natal²

Os questionários que foram utilizados na coleta de dados intermediária e no seguimento foram:

1. IQVFP para gestantes
2. Formulário de Avaliação da Educação sobre Gravidez no Pré-Natal

3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Educação no Pré-Natal

- **Informações**

- Avaliação sobre as informações recebidas no pré-natal: classificada como sim, não ou parcialmente, a satisfação, a correspondência, a suficiência e a importância das informações para o esclarecimento de dúvidas durante o pré-natal.
- Meios de informação: classificada pela escolha dos meios de informação para o esclarecimento de dúvidas e do principal meio de informação utilizado pela gestante.

- **Uso da cartilha “Celebrando a Vida”**

² As gestantes responderam a parte do Formulário de acordo com o grupo de estudo.

- Leitura da cartilha: classificada como sim, não e uma parte da cartilha, e classificados como sim e não: a leitura feita mais de uma vez, o uso e ajuda fornecida pela leitura da cartilha, discutir o conteúdo da cartilha com alguém e recomendar a cartilha à outra pessoa.
- Mudança na vida: classificada como sim e não e o tipo de mudança.

- **Participação no Curso do Pré-Natal**

- Avaliação da participação no curso: classificado por tipos de motivações para participar no curso e correspondência das expectativas classificada como sim e não no caso de utilidade na vida, utilidade em situações específicas, recomendação para outras gestantes participarem do curso, o motivo desta recomendação a outras gestantes e mudanças no curso classificado por tipos de sugestões de mudanças.
- Mudança na vida – identificação da mudança na vida da gestante gerada pelo curso.

- **Qualidade de vida**

- IQV total: avaliado como o resultado do cálculo do índice de qualidade de vida total.
- IQV por domínios: avaliado como o resultado do cálculo do índice de qualidade de vida dos domínios saúde/funcionamento, sócioeconômico, psicológico/espiritual e família.

Outras variáveis

Características sociodemográficas

- Idade – anos completos.
- Ocupação – classificada como sim e não e tipo de trabalho remunerado.

- Renda Familiar – valor total da renda da gestante e das pessoas que coabitam com ela, número de moradores no mesmo domicílio da gestante.
- Escolaridade – anos de estudo.
- Estado civil – classificada como solteira, casada e união consensual.
- Religião – classificada como sim e não
- Uso de Drogas – classificada como sim e não, tipo de droga e tempo de uso de tabaco, álcool e outras drogas.
- Lazer – classificado como sim e não, tipo e número de vezes na semana de lazer.
- Atividade Física – classificado como sim e não, tipo e número de vezes na semana e tempo em minutos de lazer.

Características obstétricas

- Indesejabilidade da gravidez: classificada como desejo de engravidar, de esperar mais ou de não ter (mais) filhos.
- Gestações: avaliada pelo número de gestações, incluindo a gestação atual.
- Idade Gestacional: avaliada em semanas completas e classificada por 1º, 2º e 3º trimestres gestacionais.
- Paridade: avaliada pelo número de partos anteriores.
- Abortamento: avaliada pelo número de abortos anteriores.
- Filhos: avaliada pelo número de filhos vivos.
- Doença na gravidez: avaliada pela doença na gravidez anterior e na gravidez atual referida pela mulher, classificada como sim e não e o tipo de doença.
- Desconfortos: avaliada pelo número de desconfortos, pelo tipo de desconforto selecionado entre as opções e outros que não foram contemplados nas opções, se houve tratamento dos desconfortos e este foi classificado como sim e não e o tipo do tratamento referido pela gestante.
- Participação em curso de gestantes: classificada como sim e não e local por UBS, hospital ou outro local na gravidez anterior e na gravidez atual.

3.8 BANCO DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados no programa Excell em dois bancos, sendo um utilizado para o cálculo dos índices de qualidade de vida e o outro para demais dados.

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados armazenados no programa Excell foram transferidos para o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 19 e submetidos a testes estatísticos.

Os testes aplicados foram:

- As variáveis qualitativas foram descritas pelas frequências absolutas e relativas. As diferenças entre os grupos controle e intervenção foram testadas com o uso do Qui-quadrado. Caso o teste do Qui-Quadrado não fosse aplicável, por causa de frequências esperadas menores do que 5, era utilizado o teste exato de Fisher (para as tabelas 2 x 2).
- As variáveis quantitativas foram descritas pelas estatísticas: mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão.
- A consistência interna do questionário IQVFP para a amostra foi avaliada pelo Alfa de Cronbach. O coeficiente alfa de Cronbach é utilizado como uma forma de estimar a confiabilidade pela consistência interna de um questionário aplicado em uma pesquisa. Ele mede a correlação entre respostas em um questionário, através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição (Scientific Advisory Committee of Medical Outcomes Trust, 2002).
- Análise de Variância (ANOVA) foi utilizada para as variáveis contínuas de caracterização da amostra.
- Para as variáveis dos instrumentos sobre informações do pré-natal e uso da cartilha “Celebrando a Vida”, foram feitos testes do Qui-Quadrado ou do Teste Exato de Fisher. O Cochran`s Q teste foi aplicado para comparar os grupos controle e intervenção nas avaliações inicial, após-intervenção e seguimento sobre os meios de informação no pré-natal.

- As médias dos escores do questionário de qualidade de vida foram comparadas entre os grupos controle e intervenção utilizando a Análise de Variância (ANOVA).
- Para testar normalidade das variáveis, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e, para testar a homogeneidade das variâncias, foi utilizado o teste de Levene.
- O Teste T de Student foi utilizado para testar os escores de qualidade de vida quando a distribuição foi normal.
- Caso os escores de qualidade de vida não apresentassem distribuição normal, foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Wilcoxon (alternativos para o teste t). O Wilcoxon é a versão não paramétrica do teste t para amostras emparelhadas e é utilizado quando há medições repetidas de uma amostra e a população não apresenta distribuição normal. Como o teste de Mann-Whitney, o teste de Wilcoxon pode ser usado com dados ordinais, intervalares ou proporcionais. Os dados para esse teste consistem dos diferentes registros das medições repetidas. Essas diferenças são então classificadas da menor para a maior em valores absolutos. Se existir diferença real entre as duas medições, ou tratamentos, então os diferentes registros serão consistentemente positivos ou negativos. Por outro lado, se não houver diferença entre os tratamentos, então os diferentes registros serão misturados regularmente (Le CT, 2003).
- O nível de significância utilizado para todos os testes foi de 5%.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Esta pesquisa foi realizada no período de julho de 2010 a dezembro de 2011. O estudo contou com a participação de 135 gestantes no momento inicial, sendo 94 gestantes na Unidade A e 41 gestantes na Unidade B. No momento intermediário, permaneceram no estudo 126 gestantes, sendo 89 gestantes na Unidade A e 37 gestantes na Unidade B. No seguimento, 111 gestantes continuaram no estudo, sendo 80 gestantes na Unidade A e 31 gestantes na Unidade B. Sete gestantes participaram do pré-teste dos instrumentos para a coleta de dados e estas não foram incluídas no estudo.

RESULTADOS UNIDADE A

Na Figura 3 é apresentado o fluxo de participantes no momento inicial, intermediário e no seguimento.

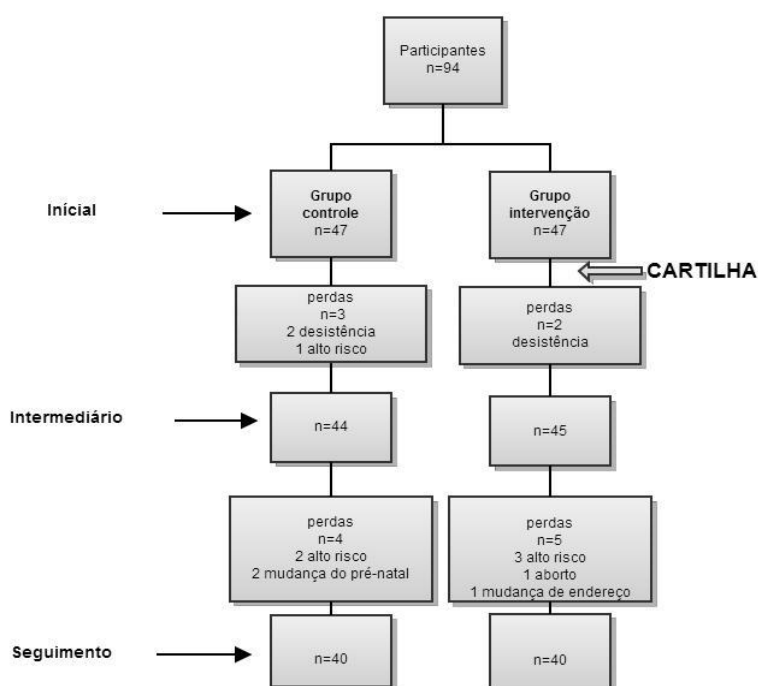


Figura 3 – Fluxo de Participantes, Unidade A

CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES

As Tabelas 1, 2, 3 e 4 correspondem aos dados da coleta de dados inicial referente às características sociodemográficas e obstétricas das gestantes.

Tabela 1 – Distribuição de gestantes, de acordo com as características sociodemográficas. Unidade A, São Paulo, 2012

VARIÁVEIS	GRUPO				p valor ¹
	Controle (N=47)		Intervenção (N=47)		
	N	%	N	%	
Ocupação					0,098
Estudante, do lar, sem remuneração	29	61,7	21	44,7	
Ocupação remunerada	18	38,3	26	55,3	
Escolaridade (anos)					0,263
≤ 4	2	4,3	6	12,8	
5 a 7	16	34,0	10	21,3	
8 a 10	12	25,5	10	21,3	
11 ou mais	17	36,2	21	44,7	
Estado civil					0,810
Solteira	11	23,4	12	25,5	
Casada ou em união estável	36	76,6	35	74,5	
Companheiro (solteiras)					1,000
Com companheiro	8	72,7	9	75,0	
Sem companheiro	3	27,3	3	25,0	
Religião					0,484
Sim	33	70,2	36	76,6	
Não	14	29,8	11	23,4	
Lazer					0,404
Sim	18	38,3	22	46,8	
Não	29	61,7	25	53,2	
Atividade Física					0,313
Sim	12	25,5	8	17,0	
Não	35	74,5	39	83,0	

1. Teste de associação pelo Qui-quadrado. Quando os valores das frequências esperadas foram menores que 5, foi utilizado o p-valor do Teste Exato de Fisher.

Tabela 2 – Características sociodemográficas das gestantes, de acordo com a idade, a renda e o número de moradores no mesmo domicílio. Unidade A, São Paulo, 2012

VARIÁVEL	GRUPO						p valor ²
	Controle (N=47)			Intervenção (N=47)			
	Mediana	Média	(dp)	Mediana	Média	(dp)	
Idade (anos)	23,0	23,7	(5,7)	26,0	25,7	(6,51)	0,113
Renda (familiar mensal)	800,00	974,55	539,08	850,00	1.052,13	575,13	0,509
Escolaridade	9,0	8,74	2,67	9,0	8,64	2,73	0,849
Número de moradores	3,0	3,1	(1,20)	3,0	4,0	(2,18)	0,014*

2. Teste de ANOVA

*p<0,05

Não foram observadas diferenças significantes entre os grupos controle e intervenção em relação a: ocupação, escolaridade, estado civil, companheiro, religião, lazer e atividade física (Tabela 1). Nos dois grupos, a maioria das mulheres era casada e, entre as solteiras, a maioria tinha companheiro. As gestantes seguiam alguma religião e uma menor proporção de gestantes tinha atividades de lazer ou praticava atividade física nos dois grupos (Tabela 1).

As gestantes pertenciam a todas as faixas de escolaridade, com maior proporção no grupo de 11 ou mais anos de estudo. No entanto, a escolaridade foi de nove anos de estudo, se considerarmos o valor da mediana. As características das gestantes também foram similares em relação à idade e à renda nos dois grupos, com idade mediana de 23 anos, para o grupo controle, e 26 anos, para o grupo intervenção; a renda familiar mediana das gestantes foi de aproximadamente R\$ 800,00 (Tabela 2). Entretanto, houve diferença significativa das médias em relação ao número de moradores no domicílio da gestante ($F=6,340$, $p<0,05$), com maior média de número de moradores no grupo intervenção (Tabela 2).

Tabela 3 – Distribuição do número e proporção de gestantes, de acordo com as condições obstétricas. Unidade A, São Paulo, 2012

VARIÁVEIS	GRUPO				p valor ³
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Trimestre					0,658
Primeiro	14	29,8	16	34,0	
Segundo	33	70,2	31	66,0	
Indesejabilidade da Gravidez					0,138
Queria naquele momento	21	44,7	17	36,2	
Queria esperar mais	14	29,8	9	19,1	
Não queria ter filhos	12	25,5	21	44,7	
Gestações					0,033*
Gestação atual	27	57,4	16	34,0	
Duas gestações	14	29,8	16	34,0	
Três ou mais gestações	6	12,8	15	31,0	
Paridade					0,038*
Primiparidade	16	80,0	16	51,6	
Multiparidade	4	20,0	15	48,4	
Último parto					0,523
Antes de 2001	4	20,0	3	10,3	
de 2001 a 2005	9	45,0	12	41,4	
de 2006 a 2010	7	35,0	14	48,3	
Aborto					0,070
Nenhum	20	100,0	25	80,6	
Um	-	-	6	19,4	
Doença na gestação anterior					0,193
Sim	4	20,0	11	35,5	
Não	16	80,0	20	64,5	
Doença na gestação atual					0,789
Sim	8	17,0	9	19,1	
Não	39	83,0	38	80,9	
Grupo/curso de gestantes anterior					0,296
Sim	4	20,0	3	9,7	
Não	16	80,0	28	90,3	

3. Teste de associação pelo Qui-quadrado

*p valor < 0,05

Observa-se, por meio da Tabela 3, que não houve diferenças significantes entre os grupos em relação ao trimestre da gravidez. As gestantes estavam, em sua maioria, no segundo trimestre de gravidez e idade gestacional média de 18 semanas para o grupo controle e 16 semanas para o grupo intervenção. Também não houve diferença significativa entre os grupos em relação a indesejabilidade da gravidez, ao ano do último parto, ao número de abortos, ao número de filhos vivos e à presença de doença na gravidez anterior e atual.

Em relação a indesejabilidade da gravidez, houve expressiva proporção de gestantes nos dois grupos que queriam esperar mais para engravidar e que não queriam ter filhos. Não houve diferenças significantes entre os grupos em relação ao tipo de parto anterior: parto normal (30% do grupo controle, 54,8% do grupo intervenção, $p=0,08$), parto fórceps (30% do grupo controle, 12,9% do grupo intervenção, $p=0,13$) e parto cesárea (45% do grupo controle, 35,5% do grupo intervenção, $p=0,49$). Uma proporção maior de gestantes nos dois grupos (80% do grupo controle e 90,3% do grupo intervenção) não tinha participado de grupo ou curso de gestantes durante as gestações anteriores.

Houve diferença significativa entre os grupos em relação ao número de gestações e paridade. As gestantes no grupo intervenção teve mais gestações e partos se comparadas às do grupo controle.

Tabela 4 – Distribuição das gestantes, de acordo com os desconfortos da gravidez. Unidade A, São Paulo, 2012

VARIÁVEL	GRUPO				p valor ⁴
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Total de desconfortos					0,103
1	1	2,3	7	14,9	
2-4	15	34,9	20	42,6	
5-7	20	46,5	14	29,8	
8 e mais	7	16,3	6	12,8	
Azia					0,039*
Sim	27	57,4	17	36,2	
Não	20	42,6	30	63,8	
Enjoo					0,834
Sim	27	57,4	28	59,6	
Não	20	42,6	19	40,4	
Cefaleia					0,404
Sim	29	61,7	25	53,2	
Não	18	38,3	22	46,8	
Lombalgia					0,004*
Sim	28	59,6	14	29,8	
Não	19	40,4	33	70,2	
Insônia					0,009*
Sim	14	29,8	4	8,5	
Não	33	70,2	43	91,4	
Tratamento ou orientação para os desconfortos					0,054
Sim	8	18,6	17	37,0	
Não	35	81,4	29	63,0	

4. Teste de associação pelo Qui-quadrado, *p<0,05

Observa-se, na Tabela 4, que não houve diferença significativa entre os grupos em relação à quantidade de desconfortos. Os desconfortos que mais afetavam as gestantes foram azia, enjoos, cefaleia, lombalgia e insônia. No entanto, as gestantes

do grupo controle apresentaram mais azia, lombalgia e insônia que as gestantes do grupo intervenção.

Os grupos também não apresentaram diferenças significantes em relação a terem recebido tratamento ou orientação para os desconfortos. Apenas 18,6% das gestantes do grupo controle e 37% das do grupo intervenção receberam este tipo de tratamento ou orientação.

1. EDUCAÇÃO NO PRÉ-NATAL

As gestantes avaliaram a educação oferecida durante o pré-natal de acordo com as informações recebidas para o esclarecimento de dúvidas. Estes dados estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Avaliação das informações recebidas durante o pré-natal. Unidade A, São Paulo, 2012

VARIÁVEL		MOMENTO					
		Inicial		Intermediário		Seguimento	
		N	%	N	%	N	%
Satisfação com as informações							
Controle	<i>Sim</i>	37	78,7	36	81,8	36	90,0
	<i>Não/Parcial</i>	10	21,3	8	18,2	4	10,0
Intervenção	<i>Sim</i>	37	80,4	39	88,6	34	85,0
	<i>Não/Parcial</i>	9	19,6	5	11,4	6	15,0
Momento para o atendimento das dúvidas							
Controle	<i>Sim</i>	28	59,6	32	72,7	33	82,5
	<i>Não/Parcial</i>	19	40,4	12	27,3	7	17,5
Intervenção	<i>Sim</i>	26	56,5	34	77,3	33	82,5
	<i>Não/Parcial</i>	20	43,5	10	22,7	7	17,5

(continua)

(continuação)

VARIÁVEL		MOMENTO					
		Inicial		Intermediário		Seguimento	
		N	%	N	%	N	%
Dúvidas foram atendidas							
Controle	<i>Sim</i>	36	76,6	34	77,3	33	82,5
	<i>Não/Parcial</i>	11	23,4	10	22,7	7	17,5
Intervenção	<i>Sim</i>	32	68,1	38	86,4	35	87,5
	<i>Não/Parcial</i>	14	29,8	06	13,6	5	12,5
Informações suficientes*							
Controle	<i>Sim</i>	37	78,7	27	61,4	27	67,5
	<i>Não/Parcial</i>	10	21,3	17	38,6	13	32,5
Intervenção	<i>Sim</i>	32	69,6	38	86,4	35	87,5
	<i>Não/Parcial</i>	14	30,4	06	13,6	5	12,5
Informações significativas							
Controle	<i>Sim</i>	43	91,5	38	86,4	35	87,5
	<i>Não/Parcial</i>	4	8,5	6	13,6	5	12,5
Intervenção	<i>Sim</i>	41	89,1	41	93,2	38	95,0
	<i>Não/Parcial</i>	5	10,9	3	6,8	2	5,0

(conclusão)

* Diferenças significantes: p-valor (0,008) após a intervenção e p-valor (0,032) no seguimento pelo teste de associação Qui-quadrado

Na Tabela 5, observou-se que as gestantes estavam satisfeitas com as informações recebidas durante o pré-natal, sendo que os dois grupos apresentaram alta proporção de satisfação. As gestantes consideraram que tiveram momentos para o atendimento das dúvidas e que as dúvidas foram atendidas. As gestantes também avaliaram as informações recebidas como significantes em maior proporção.

Gestantes do grupo intervenção consideraram em maior proporção que as informações recebidas foram suficientes e esta diferença foi significativa em relação

ao grupo controle. Houve aumento significativo na proporção de gestantes do grupo intervenção que consideraram as informações suficientes em relação ao momento inicial, pois passou de 69,5%, na avaliação inicial, para 86,4%, após a intervenção – e para 87,5%, no seguimento. Comparando-se o momento inicial e o seguimento, obteve-se o valor de $p=0,032$.

Na Tabela 6, estão apresentados os meios de informação mais citados pelas gestantes para esclarecer dúvidas durante a gravidez.

Tabela 6 – Distribuição das gestantes, de acordo com o uso dos meios de informação. Unidade A, São Paulo, 2012.

VARIÁVEL		MOMENTO						p valor
		Inicial		Intermediário		Seguimento		
		N	%	N	%	N	%	
TV								
Controle	<i>Sim</i>	21	44,7	19	43,2	17	42,5	0,646
	<i>Não</i>	26	55,3	25	56,8	23	57,5	
Intervenção	<i>Sim</i>	8	17,0	13	29,5	16	40,0	0,080
	<i>Não</i>	39	83	31	70,5	24	60,0	
Cartilha								
Controle	<i>Sim</i>	3	6,4	2	4,5	1	2,5	0,549
	<i>Não</i>	44	93,6	42	95,5	39	97,5	
Intervenção	<i>Sim</i>	0	0	30	68,2	28	70,0	0,000*
	<i>Não</i>	47	100	14	31,2	12	30,0	
Internet								
Controle	<i>Sim</i>	23	48,9	18	40,9	14	35,0	0,205
	<i>Não</i>	24	51,1	26	59,1	26	65,0	
Intervenção	<i>Sim</i>	11	23,4	12	27,3	15	37,5	0,197
	<i>Não</i>	36	76,6	32	72,7	25	62,5	

(continua)

(continuação)

VARIÁVEL		MOMENTO						p valor
		Inicial		Intermediário		Seguimento		
		N	%	N	%	N	%	
Família, vizinhos e amigos								
Controle	<i>Sim</i>	36	76,6	29	65,9	26	65,0	0,331
	<i>Não</i>	11	23,4	15	34,1	14	35,0	
Intervenção	<i>Sim</i>	27	57,4	11	25,0	13	32,5	0,004*
	<i>Não</i>	20	42,6	33	75,0	27	67,5	
Profissionais de Saúde								
Controle	<i>Sim</i>	28	59,6	29	65,9	19	47,5	0,472
	<i>Não</i>	19	40,4	15	34,1	21	52,5	
Intervenção	<i>Sim</i>	12	25,5	11	25,0	13	32,5	0,873
	<i>Não</i>	35	74,5	33	75,0	27	67,5	

(conclusão)

*p valor <0,05 com o uso do Cochran`s Q test

Na Tabela 6, verifica-se que, na avaliação inicial, o conjunto de pessoas família/vizinhos/amigos foi o meio de informação mais citado pelas gestantes dos dois grupos (76,6% controle, 57,4% intervenção) para esclarecer as dúvidas durante a gravidez.

Na avaliação após a intervenção, o conjunto representado por família/vizinhos/amigos e os profissionais de saúde foi o mais citado (65,9%) pelas gestantes do grupo controle. Já as gestantes do grupo intervenção citaram a cartilha em maior proporção (68,2%).

Na avaliação de seguimento, a cartilha manteve-se como o recurso mais citado (70,0%) pelas gestantes do grupo intervenção e a categoria família/vizinhos/amigos continuou sendo o recurso mais citado (65,0%) para as gestantes do grupo controle.

Em todo o período avaliado, houve aumento significativo do uso da cartilha ($p=0,000$) e redução, também significativa, em relação ao conjunto família/vizinhos/amigos ($p=0,004$) pelas gestantes do grupo intervenção.

Tabela 7 – Distribuição das gestantes do grupo intervenção, de acordo com o uso da cartilha “Celebrando a Vida”. Unidade A, São Paulo, 2012

VARIÁVEL	MOMENTO			
	Intermediário		Seguimento	
	N	%	N	%
Leu a cartilha				
Sim	19	43,2	31	77,5
Não	1	4,5	-	-
Parcialmente	23	52,3	9	22,5
Leu a cartilha mais de uma vez				
Sim	27	62,8	28	70,0
Não	15	37,2	12	30,0
Usou e foi ajudada pela informação da cartilha				
Sim	39	92,9	39	97,5
Não	2	7,1	1	2,5
Discutiu a informação da cartilha com alguém				
Sim	28	66,7	30	75,0
Não	14	33,3	10	25,0
Indicaria a cartilha para alguém ler				
Sim	42	100	38	95,0
Não	-	-	2	5,0
Percebeu alguma mudança na vida após ler a cartilha				
Sim	36	86,0	35	87,5
Não	6	14,0	5	12,5
Aumentou o conhecimento sobre a gravidez, o parto e o desenvolvimento do bebê	25	71,4	21	60,0
Aumentou o esclarecimento de dúvidas sobre gravidez, mudanças e ajudou a melhorar os desconfortos	5	14,3	8	24,2
Reduziu o medo e a insegurança e aumentou a tranquilidade	5	14,3	4	12,1

Na Tabela 7, é possível observar que 95,5% das gestantes do grupo intervenção leram a cartilha completamente ou parcialmente após a intervenção, atingindo 100% das gestantes no seguimento. Elevada proporção de gestantes discutiu as informações da cartilha com alguém ao final do estudo (75%) e percebeu alguma mudança na vida (87,5%). As mudanças mais citadas foram o aumento no conhecimento sobre gravidez, parto e desenvolvimento do bebê.

2. QUALIDADE DE VIDA

A consistência interna da escala de qualidade de vida IQVFP para gestantes foi testada. O valor do alpha de Cronbach referente à escala de satisfação foi de 0,97, enquanto para a escala de importância foi de 0,98. Os resultados confirmam a consistência interna do questionário para a amostra estudada, pois o valor do alpha de Cronbach foi maior que 0,89. Este valor corresponde ao limite mínimo de referência para a população em geral com o uso do IQVFP e está dentro do parâmetro de 0,73 a 0,99 dos estudos que utilizaram esta escala (UIC, 2011).

Na Tabela 8 e no Gráfico 1, estão apresentados os resultados das médias de QV total, sendo possível observar o padrão de aumento da QV da avaliação inicial para o seguimento.

Tabela 8 – Médias de QV total para os grupos intervenção e controle e nos dois grupos. Unidade A, São Paulo, 2012

GRUPOS	MOMENTO		
	Inicial (N=47)	Intermediário (N=44)	Seguimento (N=40)
Controle	22,3	23,9	24,2
Intervenção	23,8	24,0	24,7
Controle e Intervenção	23,1	24,0	24,5

Teste de Anova

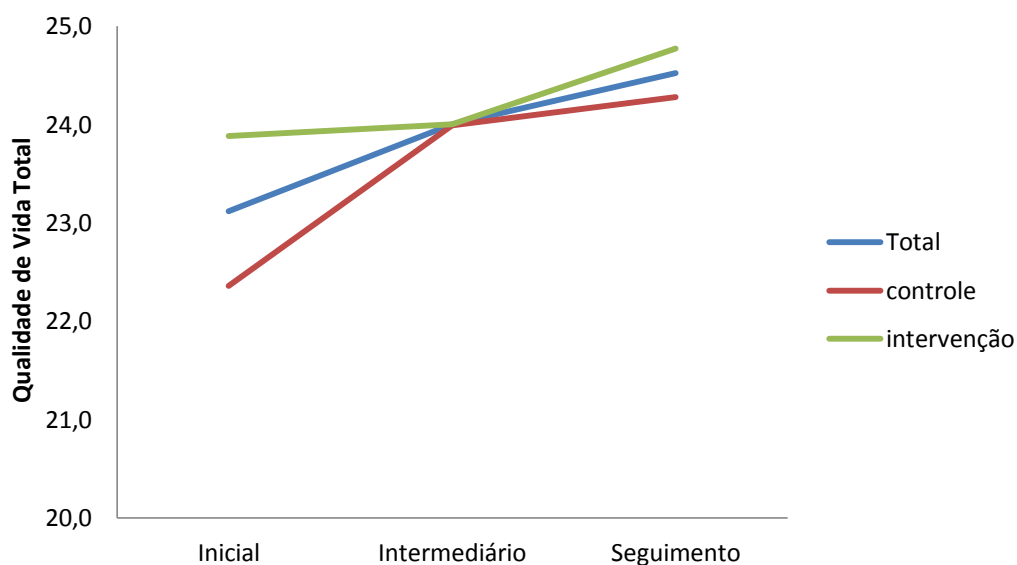


Gráfico 1 – Médias de QV total. Unidade A, São Paulo, 2012

Os resultados que se mostraram significantes em relação à QV total e por domínios para o grupo controle estão apresentados nas Tabelas 9 e 10. As médias de QV das avaliações iniciais e após a intervenção foram comparadas, conforme apresentado na Tabela 9. Na Tabela 10, são apresentados os resultados de QV referentes ao momento inicial e de seguimento.

Tabela 9 – QV total e por domínios para o grupo controle entre o momento inicial e após a intervenção. Unidade A, São Paulo, 2012

QV	MÉDIAS			
	Inicial	Intermediário	T	p valor
Total	22,3	23,9	-3,4	0,010*
Saúde/ Funcionamento	21,4	23,7	-3,9	0,000*
Família	27,1	27,1	0,1	0,909
Socioeconomico	19,2	21,7	-2,6	0,010*
Psicológico/Espiritual	25,0	25,6	-1,0	0,297

Teste de Anova e Teste T. *p valor < 0,05

Tabela 10 – QV total e por domínios do grupo controle entre o momento inicial e o de seguimento. Unidade A, São Paulo, 2012

QV	Médias		Teste T	
	Inicial	Seguimento	T	p valor
Total	22,3	24,2	-3,6	0,001*
Saúde/Funcionamento	21,4	24,2	-4,0	0,000*
Família	27,1	26,3	0,9	0,360
Socioeconomico	19,2	21,7	-2,6	0,011*
Psicológico/Espiritual	25,0	26,0	-1,9	0,062

Teste de Anova e Teste T

*p valor < 0,05

Os resultados significativos em relação à QV total e por domínios para o grupo intervenção, por comparações entre as médias de QV referentes às avaliações iniciais e de seguimento, estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 – QV total e por domínios para o grupo intervenção entre o momento inicial e o de seguimento. Unidade A, São Paulo, 2012

QV	Médias		Teste T	
	Inicial	Seguimento	T	p valor
Total	23,8	24,7	-2,1	0,035*
Saúde/Funcionamento	22,8	24,0	-1,8	0,078
Família	27,7	28,4	-1,0	0,289
Sócioeconômico	22,4	22,6	-0,6	0,538
Psicológico/Espiritual	25,9	26,8	-2,0	0,045*

Teste de Anova e Teste T

*p valor < 0.05

A amostra para os domínios família e psicológico/espiritual não apresentou distribuição normal. Neste caso, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, usado para verificar a mudança entre os momentos de coleta de dados. Este teste foi utilizado para o domínio família, conforme apresentado nas Tabelas 12 e 13, com

resultados dos grupos controle e intervenção, respectivamente. Não foram observadas diferenças significantes para o grupo controle ou para o grupo intervenção.

Tabela 12 – Domínio família, de acordo com os momentos de coleta de dados do grupo controle. Unidade A, São Paulo, 2012

FAMÍLIA	INICIAL	INTERMEDIÁRIO	SEGUIMENTO
N	47	44	40
Média	27,1	27,1	27,1
Dp	4,20	4,75	5,86
	INICIAL E INTERMEDIÁRIO	INTERMEDIÁRIO E SEGUIMENTO	INICIAL E SEGUIMENTO
Z	-0,310	-0,725	-0,701
p	0,757	0,469	0,483

Tabela 13 – Domínio família, de acordo com os momentos de coleta de dados do grupo intervenção. Unidade A, São Paulo, 2012

FAMÍLIA	INICIAL	INTERMEDIÁRIO	SEGUIMENTO
N	47	43	40
Média	27,7	27,5	28,4
Dp	3,9	4,3	2,7
	INICIAL E INTERMEDIÁRIO	INTERMEDIÁRIO E SEGUIMENTO	INICIAL E SEGUIMENTO
Z	-0,089	-1,158	-1,348
p	0,929	0,247	0,178

Também foi realizado o Teste de Wilcoxon, para o domínio psicológico/espiritual, conforme apresentado na Tabela 14, referente ao grupo controle, e na Tabela 15, referente ao grupo intervenção. Foram identificadas

diferenças significativas em relação ao momento inicial e o de seguimento, tanto para o grupo controle quanto para o grupo intervenção.

Tabela 14 – Domínio psicológico/espiritual, de acordo com os momentos de coleta de dados do grupo controle. Unidade A, São Paulo, 2012

PSICOLÓGICO/ ESPIRITUAL	INICIAL	INTERMEDIÁRIO	SEGUIMENTO
N	47	44	40
Média	25,0	25,6	26,0
Dp	5,7	5,9	4,9
	INICIAL E INTERMEDIÁRIO	INTERMEDIÁRIO E SEGUIMENTO	INICIAL E SEGUIMENTO
Z	-1,27	-1,73	-2,01
P	0,20	0,83	0,04*

* $p < 0,05$ pelo Teste de Wilcoxon

Tabela 15 – Domínio psicológico e espiritual em relação os momentos de coleta de dados para o grupo intervenção. Unidade A, São Paulo, 2012

PSICOLÓGICO/ ESPIRITUAL	INICIAL	INTERMEDIÁRIO	SEGUIMENTO
N	47	43	40
Média	25,9	26,4	26,8
Dp	4,5	4,4	4,4
	INICIAL E INTERMEDIÁRIO	INTERMEDIÁRIO E SEGUIMENTO	INICIAL E SEGUIMENTO
Z	-1,02	-1,05	-2,16
P	0,30	0,29	0,03*

* $p < 0,05$ pelo Teste de Wilcoxon

Em síntese, foi observado, nas Tabelas 9 a 15, que no momento inicial e após a intervenção no grupo controle houve diferença significativa das médias de QV total e nos domínios saúde/funcionamento e socioeconômico.

Em relação ao momento inicial até o seguimento, o grupo controle também apresentou diferenças significativas de médias para QV total e nos domínios saúde/funcionamento e socioeconômico e, também, para o domínio psicológico/espiritual. Já o grupo intervenção, apresentou aumento significativo apenas para a QV total e para o domínio psicológico/espiritual.

RESULTADOS UNIDADE B

Foram desenvolvidos, no total, seis Cursos do Pré-Natal, tendo sido três destinados às gestantes do grupo controle e três destinados às gestantes do grupo intervenção. Cada curso foi desenvolvido mediante cinco encontros, totalizando 30 encontros nos seis cursos. O número de participantes está apresentado na Figura 4.

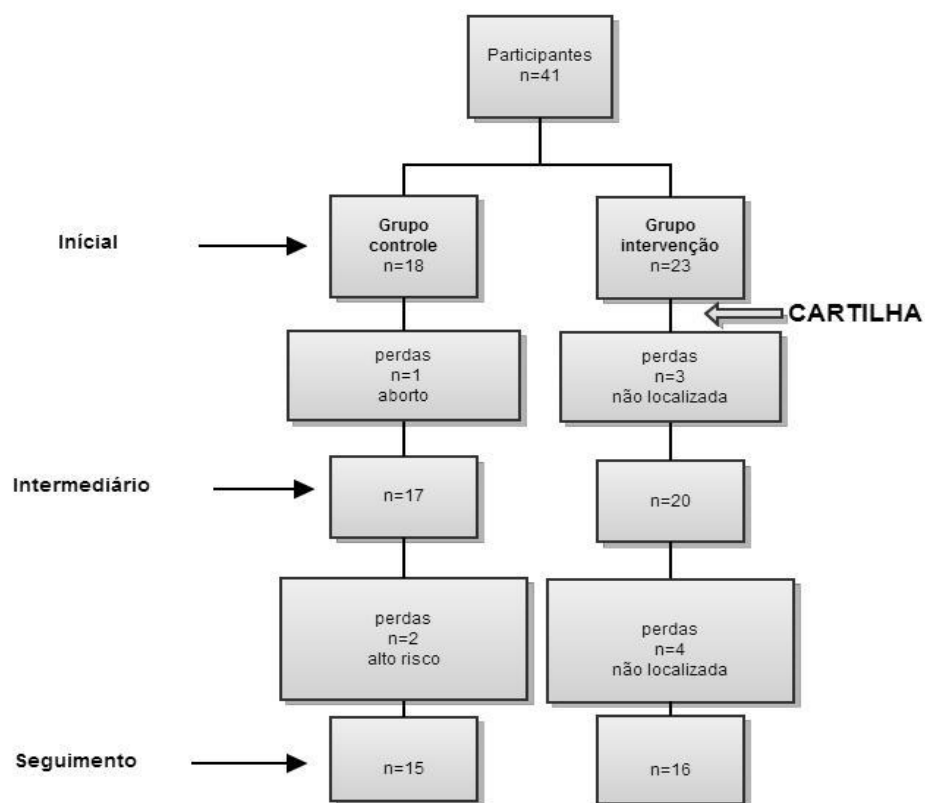


Figura 4 – Fluxo de participantes na Unidade B

1. CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES

As Tabelas 16, 17, 18 e 19 correspondem ao momento inicial, referente às características sociodemográficas e obstétricas das gestantes.

Tabela 16 – Distribuição das gestantes em relação às características sociodemográficas. Unidade B, São Paulo, 2012

VARIÁVEL	GRUPO				p valor ¹
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Ocupação					0,914
Estudante, do lar, sem remuneração	12	66,7	13	61,9	
Ocupação remunerada	6	33,3	7	33,3	
Escolaridade (anos)					0,902
≤ 4	-	-	1	4,5	
5 a 7	2	13,3	1	4,5	
8 a 10	5	33,3	7	31,8	
11 ou mais	8	53,3	13	59,1	
Estado civil					0,326
Solteira	9	50,0	8	34,8	
Casada ou união estável	9	50,0	15	65,2	
Companheiro (solteiras)					1,000
com Companheiro	8	88,8	7	87,5	
sem Companheiro	1	5,6	1	4,3	
Religião					0,515
Sim	12	75,0	15	65,2	
Não	4	25,0	8	34,8	
Lazer					0,180
Sim	6	33,3	12	54,5	
Não	12	66,7	10	45,5	
Atividade Física					0,464
Sim	3	16,7	7	31,8	
Não	15	83,3	15	68,2	

1. Teste de associação pelo Qui-quadrado. Quando os valores das frequências esperadas foram menores que 5, foi utilizado o p-valor do Teste Exato de Fisher.

Tabela 17 – Características sociodemográficas das gestantes, de acordo com idade, renda e número de moradores no domicílio. Unidade B, São Paulo, 2012

VARIÁVEL	GRUPO						p valor ²
	Controle (n=18)			Intervenção (n=23*)			
	Mediana	Média	(dp)	Mediana	Média	(dp)	
Idade (anos)	20,5	22,9	8,9	26,0	25,2	6,9	0,366
Renda (familiar por mês em reais)	900,00	1.143,33	1.066,41	955,00	1.115,00	718,4	0,926
Escolaridade	11,0	10,1	2,2	11,0	9,8	2,5	0,742
Número de moradores	3,0	3,8	1,5	3,0	3,8	1,7	0,521

2. Teste de ANOVA

* Nota: Esse número é menor dependendo da variável analisada (casos de não resposta)

Não foram observadas diferenças significantes nas características das gestantes dos grupos controle e intervenção em relação a: ocupação, escolaridade, estado civil, ter companheiro, religião, lazer e atividade física (Tabela 16). A amostra foi composta de gestantes de todas as faixas de escolaridade, com maior proporção de gestantes com 11 ou mais anos de estudo, sendo este também o valor mediano da distribuição desta variável. As características também foram similares em relação à idade, ao número de moradores no domicílio da gestante e à renda, que apresentou valor mediano de R\$ 900,00, para o grupo controle, e R\$ 955,00, para o grupo intervenção (Tabela 17).

Tabela 18 – Distribuição das gestantes, de acordo com as condições obstétricas. Unidade B, São Paulo, 2012

VARIÁVEL	GRUPO				p-valor
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Trimestre					
Primeiro	2	11,1	6	26,1	0,429
Segundo	16	88,9	17	73,9	
Indesejabilidade da gravidez					
Queria naquele momento	8	44,4	13	56,5	0,289
Queria esperar mais	8	44,4	10	43,5	
Não queria ter filhos	2	11,1	-	-	
Número de Gestações					
Gestação atual	11	61,1	13	56,5	0,767
Duas gestações	7	38,9	8	34,8	
Três ou mais gestações	-	-	2	8,7	
Paridade					
Primiparidade	7	100	8	88,9	1,000
Multiparidade	-	-	1	11,1	
Ano do último parto					
antes de 2001	1	5,6	1	4,3	0,519
de 2001 a 2005	3	16,7	5	21,7	
de 2006 a 2010	-	-	2	8,7	
Aborto					
Nenhum	4	57,1	6	66,7	1,000
Um	3	42,9	2	22,2	
Doença na gestação anterior					
Sim	1	14,3	3	37,5	0,338
Não	6	85,7	5	62,5	
Doença na gestação atual					
Sim	-	-	3	13,0	0,243
Não	18	100	20	87,0	
Grupo ou curso de gestantes na gravidez anterior					
Sim	-	-	1	10,0	1,000
Não	7	100	9	90,0	

3. Teste de associação pelo Qui-quadrado

*p valor < 0.05

Na Tabela 18, verifica-se que os grupos foram similares em relação aos trimestres de gestação: a maior proporção de gestantes estava no segundo trimestre e a média da idade gestacional foi de 17 semanas, para o grupo controle, e 16 semanas, para o grupo intervenção, no início do estudo. Os grupos não apresentaram diferenças significantes em relação a: indesejabilidade da gravidez, ano do último parto, número de abortos, número de filhos vivos, doenças na gestação anterior e na atual. Também não houve diferença significativa em relação ao tipo de parto anterior: parto normal (77,7% do grupo controle, 66,6% do grupo intervenção, $p=1,00$), parto fórceps (0 do grupo controle, 22,2% do grupo intervenção, $p=0,48$) e parto cesárea (0 do grupo controle, 22,2% do grupo intervenção, $p=0,48$). Quase a totalidade das gestantes com gravidez anterior dos dois grupos não tinha participado de grupos ou cursos. Em relação ao número de gestações, a maior proporção estava grávida pela primeira vez.

Tabela 19 – Distribuição das gestantes, de acordo com os desconfortos da gravidez. Unidade B, São Paulo, 2012

VARIÁVEL	CARTILHA				p valor
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Total de desconfortos					0,769
1	1	5,6	2	9,1	
2-4	11	61,1	10	45,5	
5-7	3	16,7	6	27,3	
8 e mais	3	16,7	4	18,2	
Azia					0,117
Sim	3	16,7	9	39,1	
Não	15	83,3	14	60,9	

(continua)

(continuação)

VARIÁVEL	CARTILHA				p valor
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Náuseas					0,726
Sim	14	77,8	16	69,6	
Não	4	22,2	7	30,4	
Cefaleia					0,767
Sim	7	38,9	10	43,5	
Não	11	61,1	13	56,5	
Lombalgia					0,529
Sim	10	55,6	15	65,2	
Não	8	44,4	8	34,8	
Insônia					0,632
Sim	5	27,8	8	34,8	
Não	13	72,2	15	65,2	
Tratamento ou orientação para o desconforto					0,914
Sim	6	33,3	7	35,0	
Não	12	66,7	13	65,0	

(conclusão)

4. Teste de associação pelo Qui-quadrado

Os grupos não apresentaram diferenças significantes em relação à quantidade e ao tipo de desconforto da gravidez. Os principais desconfortos apresentados pelas gestantes foram náuseas, cefaléia, azia, lombalgia e insônia, sendo que as náuseas e as dores na região lombar foram os desconfortos mais citados. Os grupos se assemelharam em relação ao tratamento dos desconfortos, mas a maioria das gestantes (66,7% no grupo controle e 65% no grupo intervenção) não recebeu tratamento ou orientação para os desconfortos sentidos na gestação.

2. EDUCAÇÃO NO PRÉ-NATAL

As gestantes avaliaram a educação oferecida durante o pré-natal, de acordo com as informações recebidas para o esclarecimento de dúvidas. Estes dados estão apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 – Avaliação das informações recebidas no pré-natal. Unidade B, São Paulo, 2012

VARIÁVEL		MOMENTO					
		Inicial		Intermediário		Seguimento	
		N	%	N	%	N	%
Satisfação com as informações							
Controle	<i>Sim</i>	14	82,4	16	94,1	15	100
	<i>Não/ Parcial</i>	3	17,6	1	5,9	-	-
Intervenção	<i>Sim</i>	19	82,6	19	95,0	15	93,8
	<i>Não/ Parcial</i>	4	17,4	1	5,0	1	6,3
Momento para o atendimento de dúvidas							
Controle	<i>Sim</i>	15	83,3	15	88,2	15	100
	<i>Não/ Parcial</i>	3	16,7	2	11,8	-	-
Intervenção	<i>Sim</i>	19	82,6	17	85,0	16	100
	<i>Não/ Parcial</i>	4	17,4	3	15,0	-	-
Dúvidas foram atendidas							
Controle	<i>Sim</i>	15	83,3	15	88,2	14	93,3
	<i>Não/ Parcial</i>	3	16,7	2	11,8	1	6,7
Intervenção	<i>Sim</i>	19	82,6	20	100	16	100
	<i>Não/ Parcial</i>	4	17,4	-	-	-	-
Informações suficientes							
Controle	<i>Sim</i>	13	72,2	13	76,5	12	80,0
	<i>Não/ Parcial</i>	5	27,8	4	23,5	3	20,0
Intervenção	<i>Sim</i>	18	78,3	16	80,0	15	93,8
	<i>Não/ Parcial</i>	5	21,7	4	20,0	1	6,3

(continua)

(continuação)

VARIÁVEL		MOMENTO					
		Inicial		Intermediário		Seguimento	
		N	%	N	%	N	%
Informações significativas							
Controle	<i>Sim</i>	18	100	15	88,2	15	100
	<i>Não/Parcial</i>	-	-	2	11,8	-	-
Intervenção	<i>Sim</i>	20	87,0	20	100	16	93,8
	<i>Não/Parcial</i>	3	13,0	-	-	-	6,3

(conclusão)

Na Tabela 20, verifica-se que as gestantes dos dois grupos apresentaram altas proporções de satisfação com as informações recebidas. Também houve elevada proporção de gestantes que considerou que teve momentos para esclarecer suas dúvidas, que as dúvidas foram esclarecidas, que as informações foram suficientes e que também foram significativas. Não foram observadas diferenças significantes quanto a estes aspectos na avaliação inicial, após a intervenção e no seguimento.

Tabela 21 – Distribuição das gestantes, de acordo com o uso dos meios de informação. Unidade B, São Paulo, 2012

VARIÁVEL		MOMENTO						p valor
		Inicial		Intermediário		Seguimento		
		N	%	N	%	N	%	
TV								
Controle	<i>sim</i>	12	66,7	13	76,5	11	73,3	0,846
	<i>não</i>	6	33,3	4	23,5	4	26,7	
Intervenção	<i>sim</i>	10	43,5	12	60,0	9	56,3	0,565
	<i>não</i>	13	56,5	8	40,0	7	43,8	
Revistas								
Controle	<i>sim</i>	12	66,7	10	58,8	11	73,3	0,459
	<i>não</i>	6	33,3	7	41,2	4	26,7	
Intervenção	<i>sim</i>	12	52,2	8	40,0	10	62,5	0,028*
	<i>não</i>	11	47,8	12	60,0	6	37,5	
Livros								
Controle	<i>sim</i>	11	52,2	8	47,1	7	46,7	0,695
	<i>não</i>	7	47,8	9	52,9	8	53,3	
Intervenção	<i>sim</i>	7	30,4	8	40,0	6	37,5	1,000
	<i>não</i>	16	69,6	12	60,0	10	62,5	
Cartilhas								
Controle	<i>sim</i>	-	-	4	23,5	2	13,3	0,174
	<i>não</i>	18	100	13	76,5	13	86,7	
Intervenção	<i>sim</i>	2	8,7	15	75,0	7	43,8	0,025*
	<i>não</i>	21	91,3	5	25,0	9	56,3	
Internet								
Controle	<i>sim</i>	12	66,7	14	82,4	12	80,0	0,368
	<i>não</i>	6	33,3	3	17,6	3	20,0	
Intervenção	<i>sim</i>	11	47,8	13	65,0	10	62,5	0,449
	<i>não</i>	12	52,5	7	35,0	6	37,5	

(continua)

(continuação)

VARIÁVEL	MOMENTO						p valor	
	Inicial		Intermediário		Seguimento			
	N	%	N	%	N	%		
Família, vizinhos e amigos								
Controle	<i>sim</i>	14	77,8	13	76,5	12	80,0	0,607
	<i>não</i>	4	22,2	4	23,5	3	20,0	
Intervenção	<i>sim</i>	15	65,2	13	65,0	9	56,3	0,565
	<i>não</i>	8	34,8	7	35,0	7	43,8	
Profissionais de Saúde								
Controle	<i>sim</i>	12	66,7	16	94,1	15	100	0,007*
	<i>não</i>	6	33,3	1	5,9	-	0	
Intervenção	<i>sim</i>	14	60,9	16	80,0	13	81,3	0,368
	<i>não</i>	9	39,1	4	20,0	3	18,8	

*p valor <0.05 com o uso do Cochran`s Q test

Na Tabela 21, verifica-se que os grupos controle e intervenção apresentaram o mesmo padrão de busca por informações. Na avaliação inicial, o conjunto família/vizinhos/amigos foi o recurso mais citado para o grupo controle (77,8%) e para o grupo intervenção (65,2%).

Após a intervenção, os profissionais de saúde tornaram-se o recurso mais citado pelas gestantes do grupo controle (94,1%) e pelas gestantes do grupo intervenção (80,0%). Nesta avaliação, a cartilha representou o segundo recurso mais citado (75%) pelas gestantes do grupo intervenção.

No seguimento, os profissionais de saúde continuaram sendo o recurso mais citado por 100% das gestantes do grupo controle e 81,3% do grupo intervenção.

Cartilhas, revistas e profissionais de saúde foram os recursos que apresentaram aumento significativo de interesse pelas gestantes. No grupo intervenção, a cartilha aumentou da avaliação inicial e após a intervenção (p=0,025) e as revistas, após a

intervenção para o seguimento ($p=0,028$). No grupo controle, os profissionais de saúde aumentaram da avaliação inicial até o seguimento ($p=0,007$).

Tabela 22 – Distribuição das gestantes, de acordo com o uso da cartilha “Celebrando a Vida”. Unidade B, São Paulo, 2012

VARIÁVEL	MOMENTO			
	Intermediário		Seguimento	
	N	%	N	%
Leu a cartilha				
Sim	8	42,1	9	56,3
Não	2	10,5	-	-
Parcialmente	9	47,4	7	43,8
Leu a cartilha mais de uma vez				
Sim	13	76,5	11	68,8
Não	4	26,5	5	31,3
Usou e foi ajudada pela informação da cartilha				
Sim	16	94,1	16	100
Não	01	5,9	-	-
Discutiu a informação da cartilha com alguém				
Sim	13	76,5	12	75,0
Não	4	23,5	4	25,0
Indicou a cartilha para alguém ler				
Sim	17	100	16	100
Não	-	-	-	-
Percebeu alguma mudança na vida após ler a cartilha				
Sim	14	82,4	13	81,3
Não	3	17,6	3	18,7
Aumentou o conhecimento sobre gravidez, parto e desenvolvimento do bebê	9	75,0	12	85,7
Aumentou o esclarecimento de dúvidas sobre gravidez e suas mudanças. Ajudou a melhorar os desconfortos. Reduziu o medo, a insegurança e aumentou a tranquilidade	3	25,0	2	14,3

Por meio da Tabela 22, observa-se que 89,5% das gestantes do grupo intervenção leram a cartilha ou parte dela, após a intervenção, e que 100% das gestantes leram a cartilha ou parte dela no seguimento. Uma grande proporção de gestantes, ao final do estudo (75%), discutiu as informações contidas na cartilha com outras pessoas e também mais de 80% percebeu alguma mudança na vida delas. A mudança mais citada foi o aumento no conhecimento sobre gravidez, parto e desenvolvimento do bebê.

Os dados sobre a avaliação das gestantes em relação ao curso do pré-natal estão apresentados nas Tabelas 23, 24, 25 e 26.

Tabela 23 – Distribuição das gestantes, de acordo com as expectativas para participar do Curso do Pré-Natal no momento inicial. Unidade B. São Paulo, 2012

VARIÁVEL	GRUPOS			
	Controle		Intervenção	
	N	%	N	%
Expectativas para participar do Curso do Pré-Natal				
Alívio da ansiedade				
Gravidez	-	-	1	16,7
Parto	4	80,0	3	50,0
Cuidados com o bebê	1	20,0	2	33,3
Se sentir segura sobre				
Gravidez	-	-	3	33,3
Parto	5	100	3	33,3
Cuidados com o bebê	-	-	2	22,2
Ser mãe	-	-	1	11,1

Tabela 24 – Distribuição das gestantes, de acordo com a avaliação do Curso do Pré-Natal após a intervenção. Unidade B. São Paulo, 2012

VARIÁVEL	GRUPOS			
	Controle		Intervenção	
	N	%	N	%
Motivações correspondidas				
Sim	15	88,2	20	100
Não	2	11,7	-	-
Utilidade na vida				
Sim	17	100	20	100
Não	-	-	-	-
Mudança na vida				
Sim	17	100	17	85,0
Não	-	-	3	15,0
Recomendaria				
Sim	17	100	19	100
Não	-	-	-	-
Sugere mudanças				
Sim	5	29,4	5	25,0
Não	12	70,5	15	75,0

Verifica-se que a principal motivação para as gestantes do grupo controle para participar do Curso do Pré-Natal, em relação ao desejo de aliviar a ansiedade e se sentir segura, foi o parto (Tabela 23). Já, para as gestantes do grupo intervenção, esta motivação não foi apenas em relação ao parto, mas incluiu também a gravidez. A totalidade das gestantes do grupo intervenção e grande proporção de gestantes do grupo controle (88,23%) consideraram que suas motivações para participar do Curso do Pré-Natal foram correspondidas, conforme apresentado na Tabela 24. Maior proporção de gestantes estava satisfeita com o programa do Curso do Pré-Natal e, entre aquelas que sugeriram mudanças no curso, foi citado, tanto pelas gestantes do

grupo controle quanto do grupo intervenção, que a sugestão principal seria o aumento do tempo do curso, com maior número de encontros e mais temas.

Tabela 25 – Distribuição das gestantes, de acordo com o tipo de motivação correspondida após participarem do Curso do Pré-Natal. Unidade B, São Paulo, 2012

VARIÁVEL	GRUPOS			
	Controle		Intervenção	
	N	%	N	%
Alívio da ansiedade				
Gravidez	-	-	1	12,5
Parto	5	83,3	6	75,0
Cuidado com o bebê	1	16,7	1	12,5
Sentir-se segura sobre				
Gravidez	-	-	2	18,2
Parto	5	100	2	18,2
Cuidados com o bebê	-	-	3	27,3
Ser mãe	-	-	1	9,1
Aleitamento materno	-	-	3	27,3

Percebe-se, por meio da Tabela 25, que o alívio da ansiedade sobre o parto foi a motivação considerada correspondida pelas gestantes em maior proporção. Esta motivação foi apresentada por 83,3% das gestantes do grupo controle e por 75% do grupo intervenção. Sentir-se segura sobre o parto também foi a motivação correspondida para 100% das gestantes do grupo controle. No grupo intervenção, as gestantes perceberam que suas motivações correspondidas foram em relação a sentirem-se seguras sobre o cuidado com o bebê e no aleitamento materno.

Tabela 26 – Distribuição das gestantes em relação à avaliação do Curso do Pré-Natal. Unidade B. São Paulo, 2012

VARIÁVEL	GRUPOS			
	Controle		Intervenção	
	N	%	N	%
Útil				
Aprendizado, preparação e suporte	6	40,0	6	42,2
Autoaceitação, aprimoramento e alegria	2	13,3	1	7,1
Praticar o que aprendeu e perceber os resultados	2	13,3	5	35,7
Cuidados com o bebê	5	33,3	2	14,3
Mudança na vida				
Segurança, confiança e tranquilidade	1	6,7	2	15,4
Aceitação da gravidez	2	13,3	1	7,7
Para melhor, esclarecimento de dúvidas e maior experiência	11	73,3	10	76,9
Aprender a compartilhar as experiências e se relacionar com os outros	1	6,7	-	-
Recomendaria à outra gestante				
Esclarecimento de dúvidas	10	62,5	5	31,3
Muito bom e importante	2	12,5	3	18,8
É bom trocar experiências e ter mais experiência	3	18,8	5	31,3
É importante entender o que está acontecendo dentro de você e saber lidar com o bebê	1	6,3	3	18,8

As gestantes registraram nos questionários suas percepções em relação aos resultados da participação no Curso do Pré-Natal, que foram apresentadas na Tabela 26. As gestantes do grupo controle (40,0%) e do grupo intervenção (42,2%) consideraram que o curso foi útil em relação ao aprendizado, à preparação e ao suporte que proporcionou a elas. Consideraram que a mudança na vida que tiveram, por participar do curso, foi principalmente em relação a se sentirem esclarecidas em suas dúvidas e a aquisição de maior experiência (73,3% no grupo controle e 76,9%

no grupo intervenção). A aceitação da gravidez foi mencionada como uma mudança na vida proporcionada pelo curso, para duas gestantes do grupo controle e uma do grupo intervenção. As gestantes que participaram do curso o recomendariam à outra gestante, porque esta atividade proporcionou o esclarecimento de dúvidas para 62,5% das gestantes do grupo controle e para 31,3% do grupo intervenção. A mesma proporção de gestantes do grupo intervenção também recomendaria o Curso do Pré-Natal à outra gestante, porque consideram que é bom trocar experiências com outras pessoas e ter mais experiência.

3. QUALIDADE DE VIDA

Em relação aos resultados de QV, a consistência interna da escala de qualidade de vida IQVFP para gestantes foi testada. O valor, para as respostas referentes à escala de satisfação, foi de 0,93 e, para a escala de importância, foi de 0,88. Os resultados confirmam a consistência interna do questionário para a amostra estudada.

Para determinar a diferença entre os grupos, foram realizados o teste de Kolmogorov-Smirnov, para QV total e domínios, com a finalidade de testar a normalidade da amostra para estas variáveis. O grupo controle apresentou distribuição normal, para todos os domínios da qualidade de vida, e o grupo intervenção apresentou distribuição normal, para quase todos os domínios, exceto para o domínio família ($Z=1,46$; $p=0,027$).

O teste de Levene foi utilizado para verificar a homogeneidade das variâncias; no caso de serem homogêneas, seria utilizado o teste não paramétrico de Friedman e, se não fossem homogêneas, o teste utilizado seria o paramétrico Mann-Whitney. Não foram homogêneos o IQV total ($p=0,032$) e os domínios saúde/funcionamento

($p=0,046$) e o psicológico/espiritual ($p=0,020$) no momento inicial. No seguimento, o domínio família ($p=0,020$) e socioeconômico ($p=0,044$) também não apresentaram homogeneidade.

Portanto, foi aplicado o teste de Mann-Whitney para estas variáveis, a fim de se verificar se as diferenças entre os grupos foram significantes. Foi constatado que houve diferença no momento inicial entre o grupo controle, que apresentou média de 21,42 ($dp=4,18$), e o grupo intervenção, com média de 23,70 ($dp=2,51$), apenas para o domínio saúde/funcionamento ($p=0,027$). O grupo intervenção apresentou índice maior de qualidade de vida neste domínio em comparação ao grupo controle.

Os índices totais de QV dos grupos controle e intervenção estão apresentados na Tabela 27 e no Gráfico 2, nos quais é possível visualizar que os grupos controle e intervenção apresentaram padrão similar em relação aos índices totais de QV.

Tabela 27 – Médias de QV total para os grupos intervenção e controle e a média total dos dois grupos. Unidade B, São Paulo, 2012

GRUPOS	MOMENTO		
	Inicial	Intermediário	Seguimento
Controle	22,4	21,7	22,5
Intervenção	24,5	23,7	25,3
Total	23,6	22,7	24,0

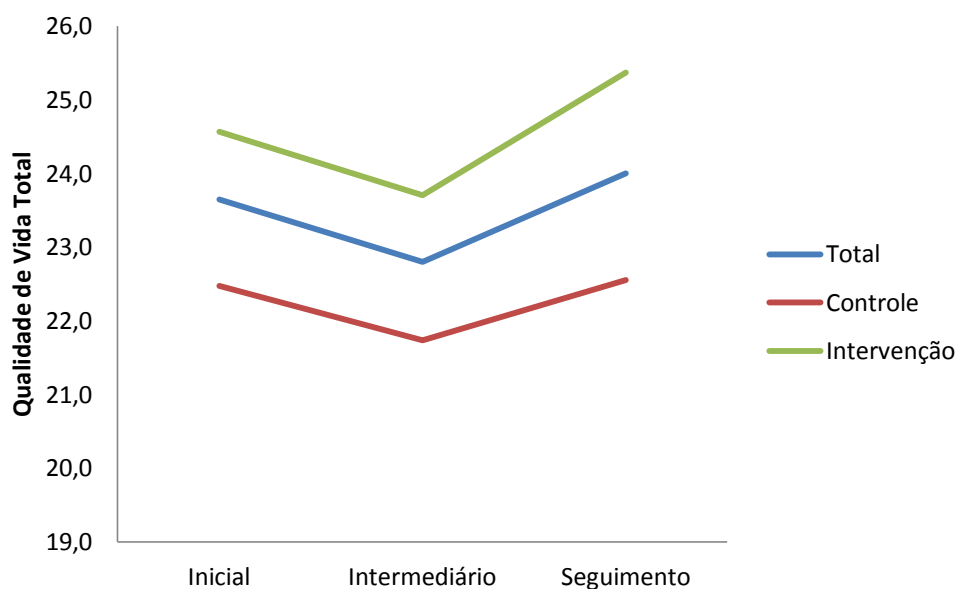


Gráfico 2 – QV total. Unidade B. São Paulo, 2012

Os resultados, que se mostraram significativos em relação à QV total e por domínios, estão apresentados na Tabela 28.

Tabela 28 – QV total e por domínios do grupo intervenção. Unidade B, 2012

QV	Médias		Teste t	
	Inicial	Seguimento	t	p valor
Total	24,5	25,3	-1,3	0,197
Saúde/Funcionamento	23,7	24,8	-1,5	0,145
Socioeconomico	21,2	23,1	-2,2	0,037 *

Teste de Anova e Teste t

*p-valor < 0,05

O domínio socioeconomico apresentou diferença, com aumento significativo da avaliação inicial para o seguimento, como mostrado no Gráfico 3.

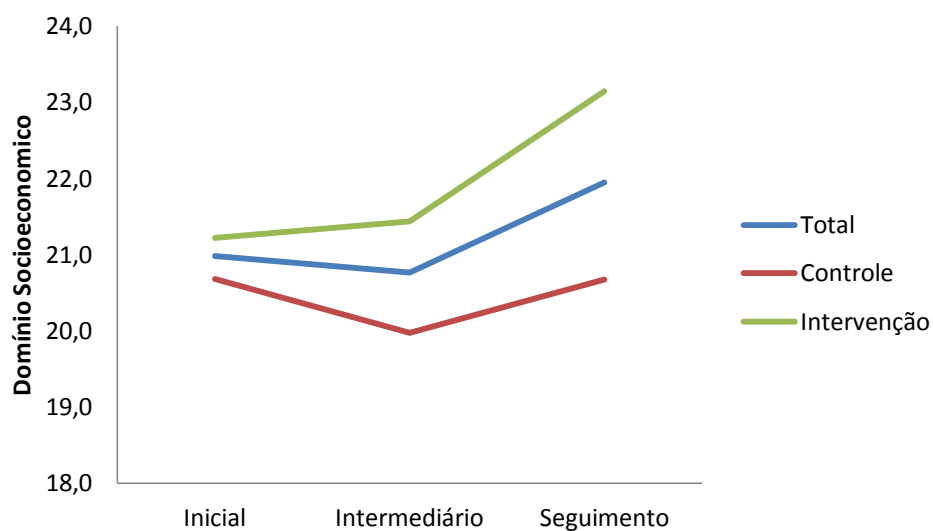


Gráfico 3 – Domínio socioeconômico. Unidade B, São Paulo, 2012

Para a análise dos domínios família e psicológico/espiritual, que não apresentaram distribuição normal, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon; no entanto, nenhuma diferença significativa foi encontrada para o domínio família ($Z=-141$, $p=0,888$) nem para o domínio psicológico/espiritual ($Z=-1,067$; $p=0,286$).

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, foram evidenciados os efeitos da cartilha “Celebrando a Vida” em termos de medidas educacionais e de qualidade de vida no contexto da saúde pública.

Os cenários escolhidos para esta pesquisa pretenderam reproduzir o cuidado usual disponível no SUS, responsável pelo atendimento de 74,8% de gestantes brasileiras (Brasil, 2008). Considerando que a educação pré-natal na atenção básica do SUS é desenvolvida de diversas maneiras, este estudo também buscou o foco dos diferentes modelos de cuidado: o individual e o de grupo. A cartilha se mostrou uma intervenção viável para as duas UBS estudadas, independentemente dos modelos utilizados, havendo resposta positiva à inclusão deste recurso na assistência pré-natal por parte das gestantes.

As participantes da pesquisa eram jovens com média de 20 a 26 anos, com ensino médio e com renda familiar mensal entre R\$800,00 e R\$955,00. Em geral, a condição social e econômica das participantes do estudo corresponde à situação de 50% das famílias brasileiras, que vivem com menos de R\$ 415,00 por pessoa por mês (IBGE, 2009), em residências com 3,8 pessoas (Brasil, 2008). Em relação à escolaridade, esta amostra correspondeu a 27% das gestantes brasileiras, que têm entre 9 e 11 anos de estudo (Fundação Carlos Chagas, 2007).

O nível de escolaridade é um aspecto associado com o acesso ao cuidado de saúde de muitas maneiras, incluindo o acesso à informação e à educação pré-natal. Gestantes com baixa escolaridade são menos propensas a receber educação pré-natal e a participar de programas educativos (Redman et al, 1991; Fabian et al, 2004). Neste sentido, muitas ações são necessárias para promover fácil acesso às

informações qualificadas e melhorar a qualidade do cuidado materno para gestantes vivendo com baixas condições socioeconômicas.

Deve-se pressupor que o acesso aos serviços de saúde materna inclui o direito das gestantes em requerer, receber e disseminar informação e ideias (OEA, 2010). Esse fator assume especial relevância se considerarmos que 40% das gestantes brasileiras não recebem informações básicas durante as consultas de pré-natal (Brasil, 2008). Tal problema é também observado em países de baixo desenvolvimento econômico, como é o caso do contexto africano, no qual as gestantes não são esclarecidas sobre suas preocupações da gravidez ou não recebem informações básicas do cuidado. Apenas 22,8% destas gestantes haviam sido informadas sobre o hospital de referência para o parto e somente 12,8% tiveram abertura para fazer alguma questão para o profissional de saúde durante as consultas de pré-natal (Anya et al, 2008). Tal fato foi também verificado no estudo atual com relação aos desconfortos apresentados durante a gravidez. Uma proporção menor de gestantes relatou ter recebido tratamento ou orientação para os desconfortos.

Apesar da gestação ser uma condição normal de vida, as preocupações inerentes a este processo muitas vezes são subestimadas e não recebem atenção necessária. Um estudo mostrou que 57% das gestantes atendidas em um serviço de assistência pré-natal do SUS declararam que não receberam informações educativas durante a gravidez (Trevisan et al, 2002). Tal resultado mostra que a gestante geralmente não recebe a quantidade de informação que deseja e reitera a importância da educação pré-natal como parte do cuidado, garantindo que a informação esteja disponível para todas as gestantes quando elas necessitarem. Os resultados do estudo atual mostraram que a cartilha contribuiu diretamente para promover a informação

que as gestantes gostariam de receber sobre suas gestações. Na Unidade A, este resultado foi constatado com o aumento significativo de mulheres que consideraram que as informações recebidas durante o pré-natal eram suficientes no momento intermediário com o recebimento da cartilha.

Considerando que as gestantes costumam consultar diferentes recursos para obter informações sobre gravidez, como aqueles disponíveis no ambiente social e nas mídias, elas foram questionadas sobre a fonte de informação que buscavam para esclarecer seus questionamentos sobre a gravidez.

Na Unidade A, nos dois grupos, as gestantes receberam informações sobre gravidez provenientes, em sua maioria, da família, dos amigos e dos vizinhos – no início do estudo até a avaliação final de seguimento. No grupo intervenção, a cartilha provocou efeito imediato, tornando-se o recurso mais citado no momento intermediário, com aumento no seguimento.

As características da cartilha podem ajudar a explicar o porquê deste material ter sido o recurso de informação mais citado pelas gestantes. A cartilha é fácil de entender e contextualizada, pois foi desenvolvida com a participação das gestantes e de profissionais de saúde (Reberte et al, 2012). Sobretudo, é importante considerar que estas mulheres compartilhavam as informações aprendidas da cartilha com outras pessoas, em elevadas proporções, nas duas unidades de estudo; entre estas pessoas, provavelmente estavam os familiares, os amigos e os vizinhos. Portanto, as gestantes estavam fazendo parte da construção do conhecimento no contexto social local. Esta difusão da informação da cartilha é um aspecto também observado em outros estudos, nos quais 73% das gestantes passavam a cartilha recebida no serviço

de saúde a outras pessoas e 75% das gestantes discutiam as informações da cartilha com o parceiro ou com outros familiares (Durham, 1989; Nassar et al, 2007).

Na Unidade B, os grupos controle e intervenção também citaram mais os familiares, amigos e vizinhos como recursos de informação. No momento intermediário e no seguimento, os profissionais de saúde se tornaram os mais citados nos dois grupos. É possível supor que estes profissionais eram aqueles envolvidos no Curso do Pré-Natal, já que as gestantes dos dois grupos participaram do curso e, conseqüentemente, o curso era um recurso importante de informação. Este achado não está explicitado nos resultados e poderia ser melhor explorado em futuras investigações.

Uma pesquisa sobre os meios de informação utilizados durante a gravidez mostrou que o uso destes recursos difere de acordo com o contexto e a gravidez. Na Espanha, 80,3% das mulheres apontaram o médico de família como um dos recursos mais citados de informação. A internet representou 47,3%, familiares e amigos corresponderam a 45,2% e 26,6%, respectivamente (Lima-Pereira et al, 2011). Nos Estados Unidos, uma pesquisa nacional com mães mostrou que 33% das primigestas consultavam livros para esclarecerem suas dúvidas. Os amigos e os familiares corresponderam a 19%, os profissionais de saúde representaram 18% e a internet foi citada por 16% das gestantes. Já para as mães que já tinham pelo menos uma gestação anterior, os livros representaram apenas 12%, sendo que 48% consideravam a experiência anterior como o recurso principal. Os profissionais de saúde representaram 18% e a internet correspondeu a 13% das gestantes (Declercq et al, 2006).

No estudo atual, as gestantes experientes também apresentaram resposta positiva para o uso da cartilha, assim como àquelas que eram gestantes pela primeira vez. Tal fato merece destaque na Unidade A, onde os grupos eram diferentes em relação ao número de gestantes e paridade. Como havia maiores proporções de gestantes com gestações ou partos anteriores, é possível supor que elas não estariam interessadas em aprender sobre gravidez por causa da experiência prévia. Isto pode explicar porque as multíparas são menos convidadas para participarem de grupos de gestantes que as nulíparas. Este pensamento está baseado em concepções de que haveria falta de interesse por parte destas gestantes experientes (Fabian et al, 2004). Contrariamente a este pressuposto, no presente estudo, as gestantes experientes também leram a cartilha. É importante considerar que estas gestantes não haviam participado de curso ou grupo de gestantes; apenas 9,7% fizeram isso na gestação anterior. Estes achados estão mostrando a relevância de promover a participação de gestantes experientes nas ações de educação durante o pré-natal.

Além de considerar as taxas de resposta da cartilha, pela proporção de gestantes que leram este material, os dados da presente pesquisa mostraram que as gestantes transformaram a informação lida em conhecimento ao considerar que a informação foi útil. No seguimento, todas as gestantes da UBS B e quase todas da UBS A utilizaram a informação da cartilha e foram ajudadas por ela, contradizendo as constatações de um estudo que avaliou o uso das cartilhas em maternidades, que concluiu que o potencial dos materiais educativos é reduzido (Stapleton et al, 2002).

A cartilha, neste estudo, também promoveu mudanças na vida das participantes da pesquisa. Mais que aumentar um conhecimento específico, a cartilha contribuiu para ações de alívio dos desconfortos da gestação, mencionado anteriormente na

discussão como um aspecto pouco contemplado no pré-natal. Outras mudanças importantes proporcionadas pela cartilha foram a redução do medo e da insegurança e o aumento da tranquilidade. A gravidez, como um novo evento da vida, geralmente implica em modificações psicológicas, provocando medos com relação a modificações corporais, ao parto, ao ser mãe e ao cuidar do bebê, os quais nem sempre são passíveis de controle (Peñacoba-Puente et al, 2011; Biehele et al, 2011). Gestantes que recebem informações de suporte para ajudá-las a lidar com estas transformações provavelmente serão mais calmas e preparadas para lidar com suas preocupações.

Uma resposta positiva das gestantes para a participação no Curso do Pré-Natal também foi observada. As gestantes eram questionadas sobre as motivações delas para participar no curso e se elas haviam sido correspondidas. Constatou-se que o curso correspondeu às expectativas das gestantes, sendo que a principal expectativa de alívio da ansiedade foi em relação ao parto. O parto, enquanto uma expectativa principal de alívio da ansiedade das participantes, conduz a dois aspectos relevantes: o primeiro está relacionado com a motivação da gestante em relação à temática do parto. Ao realizar o convite para a gestante participar desta atividade, os profissionais podem destacar que a temática do parto será discutida durante a atividade. O segundo, diz respeito ao potencial da educação pré-natal na discussão das mudanças das práticas de parto. As discussões sobre o cuidado recebido são tão importantes quanto tornar disponível a educação pré-natal. Estas discussões devem ser proporcionadas às mulheres para ajudá-las a estar mais informadas e participantes, pressionando o sistema de saúde para melhorar a assistência e promover o cuidado seguro para mulheres e suas famílias durante o parto e o nascimento (Enkin et al, 2005).

Dentre as motivações das gestantes, também foram citadas as preocupações sobre o bebê e o aleitamento materno. O aleitamento é uma das práticas que possui a recomendação mais consistente sobre seus benefícios. Esta informação é importante para guiar os profissionais de saúde no desenvolvimento de programas educativos, que deveriam incluir outros tópicos, não apenas restritos à preparação para o parto. A orientação sobre este tópico é importante para ajudar as mães no processo de aleitamento (Enkin et al, 2005). A aceitação da gravidez também foi uma mudança promovida na vida das gestantes com o curso. Apesar de ter sido uma pequena proporção de gestantes que citou este aspecto, isto apresenta especial relevância se considerarmos que quase a metade das gestantes gostaria de ter engravidado em outro momento da vida e que a gestação não planejada é um fator associado com a não participação em cursos ou em grupos de gestantes (Fabian et al, 2004).

Um dos maiores desafios neste estudo foi atingir o número de gestantes esperado para o Curso do Pré-Natal, obtendo-se número menor de participantes que o calculado para esta pesquisa. Assim, estipulou-se que seriam realizados três cursos com o grupo controle e três cursos com o grupo intervenção, levando em consideração a viabilidade do estudo dentro do prazo determinado para a coleta de dados. Este resultado pode estar refletindo uma tendência mundial de redução no número de participantes nas atividades educativas durante o pré-natal. Nos Estados Unidos, ocorreu redução de 70% dos participantes em quatro anos, com apenas 25% das gestantes participando destes grupos. No Reino Unido, esta participação representou 45% das gestantes, com apenas 20% na atenção primária (Declerq et al. 2006; Young, 2010). Esta falta de adesão à educação pré-natal também pode ser explicada pelas pressões sociais femininas para exercer múltiplos papéis, como trabalhadora, dona de casa, esposa, mãe e cuidadora familiar, dispendo de menos

tempo para o cuidado pessoal (Duarte et al, 2011). Pode-se destacar, ainda, o fator cultural do posicionamento das pessoas em relação à saúde, que está voltado ao recebimento de assistência curativa, pautada em ações individuais e centrada nos problemas de saúde (Moura, 2002).

Tal situação não significa que os programas educativos do pré-natal não deveriam ser oferecidos, ao contrário, novas estratégias devem ser desenvolvidas para promover a participação e motivar as gestantes, oferecendo um tipo de educação que corresponda às necessidades delas. Outro aspecto que deve ser considerado no acesso à educação pré-natal são as condições de vida e de relações de trabalho da gestante. Neste ponto, é importante considerar a disponibilidade de diferentes estratégias educacionais. Durante o Curso do Pré-Natal, os profissionais de saúde enfatizavam o direito, por lei, de as gestantes participarem do curso e as gestantes recebiam uma declaração de participação. As leis trabalhistas brasileiras definem que a participação em programas educativos é equivalente à consulta de pré-natal, conferindo à mulher trabalhadora o direito de se ausentar no trabalho (Brasil, 2009). Observa-se que o acesso aos serviços da atenção básica para as mulheres trabalhadoras também está condicionado ao horário de funcionamento das UBS.

Para aquelas gestantes que possuem condições que limitam a participação nos cursos ou nos grupos educativos, é necessário garantir que recebam cartilhas educativas e informações verbais. O uso da internet pode ser uma outra estratégia importante, considerando que as gestantes, neste estudo, citaram-na como o recurso utilizado para obter informação – número que variou de 35% a 40%, na Unidade A; na Unidade B, esta proporção foi de 62,5% a 80%. A internet pode ser utilizada como outra ferramenta importante para promover o acesso à cartilha, quando este

material educativo não estiver disponível na versão impressa e quando a gestante possuir o acesso à internet (Lima-Pereira, 2011).

O Curso do Pré-Natal, em associação com a cartilha, melhorou significativamente a QV das gestantes no domínio socioeconômico no decorrer do tempo de coleta de dados. Considerou-se que este resultado pode ter sido promovido por conta da educação pré-natal proporcionada pela cartilha e pelo programa educativo. É provável que a cartilha, associada com o Curso do Pré-Natal, tenha influenciado os aspectos sociais deste domínio.

Dentre as questões deste domínio, uma sobre o apoio que a gestante recebe das pessoas pode ter relevância especial. Alguns autores têm destacado o suporte social como um dos componentes mais importantes do pré-natal e da educação para as gestantes (Svensson et al, 2006; Enkin 2005). Tal aspecto foi também enfatizado pela avaliação que as gestantes fizeram do Curso do Pré-Natal. As gestantes consideraram que o curso foi útil para o aprendizado, a preparação e a obtenção de suporte; proporcionou-lhes mudança na vida para melhor, esclarecendo as dúvidas e trazendo boas experiências.

O uso da cartilha com a abordagem individual na Unidade A modificou a QV das gestantes, com aumento significativo nos scores de QV total entre a coleta de dados inicial e o seguimento, ou seja, no terceiro trimestre de gravidez; esta mudança não foi diferente em relação ao grupo controle, pois neste grupo também houve aumento significativo da QV total. Este é um resultado importante, tendo em vista que, em outros estudos, foi constatado que qualidade de vida da gestante diminuiu no terceiro trimestre da gravidez (Hass et al 2005; Fernandes, Vido 2009).

A QV neste estudo foi considerada potencial indicador para a promoção da saúde, porque é composta por condições objetivas e subjetivas de vida da pessoa (Zapf, 2000). Por meio deste indicador foram avaliados os efeitos da cartilha na saúde das gestantes, refletindo ampla perspectiva de saúde, incluindo os aspectos de saúde e funcionamento, socioeconômico, psicológico e espiritual e familiar (Ferrans, 1996); sobretudo, os resultados de QV mostraram o potencial da associação da cartilha com o programa educativo.

Pode-se dizer que as gestantes avaliaram sua QV como boa, apresentando, ao final do estudo, índices de QV total de 24,52, na Unidade A, e 24,00, na Unidade B, sendo que 30 é o valor máximo para esta escala. No estudo de Fernandes e Vido (2009), as gestantes apresentaram médias totais de QV de 23,84. As gestantes atendidas pelo PSF, utilizando uma escala que variou de muito ruim a muito boa, avaliaram sua qualidade de vida como boa (78,6%) e, em um score de 0 a 100, a QV total alcançou um valor de 75 (Castro, 2010). Este resultado significa que tornar-se mãe é avaliado como um processo natural e que a gravidez é um evento normal, de muita satisfação e importância na vida da mulher (Redshaw et al, 2011). Estas pessoas, passando pelo curso de vida normal, podem ser educadas e receber suporte para serem capazes de transformar o conhecimento e se adaptarem às mudanças, o que pode ser favorecido com ações como a educação no pré-natal de forma estruturada.

Uma revisão sistemática, não publicada, sobre intervenções educacionais para a promoção da saúde e da qualidade de vida de mulheres concluiu que os estudos de avaliação do impacto da educação, promovendo mudanças na qualidade de vida das

mulheres, começaram a ser publicados há oito anos e que há número limitado de estudos nesta área, com apenas três estudos sobre gravidez (Reberte et al, 2013).

Considerando que este campo de pesquisa se encontra em uma fase ainda exploratória, a pesquisa atual proporcionou uma abordagem ampliada para a avaliação de uma nova intervenção, neste caso a cartilha inserida na atenção básica. As pesquisas que fornecem evidências e novos saberes no contexto da atenção básica promovem a contribuição no avanço do conhecimento mediante o desenvolvimento teórico, o uso das metodologias e dos instrumentos de avaliação (Brasil, 2005).

Outro desafio no campo da produção de evidências é a avaliação de uma intervenção na perspectiva da saúde pública. Os programas de saúde pública são, por natureza, caracterizados pela diversidade de intervenções e participação comunitária; as mensurações dos resultados são contraditórias em muitas instâncias. Medir, avaliar e implementar programas de promoção da saúde são considerados mais complexos e menos viáveis que as ações de prevenção de doenças (Jenicek, 1997).

Apesar dos resultados deste estudo serem limitados aos efeitos de uma cartilha específica em dois contextos da atenção básica no Brasil, a pesquisa atual possibilitou um avanço nas possibilidades de avaliação da educação pré-natal na atenção básica no SUS, contribuindo para mudanças nas práticas de cuidado e novas direções no campo do cuidado e da educação pré-natal. Sobretudo, este estudo subsidiou a criação de uma atividade educativa permanente, o acesso à cartilha para profissionais e gestantes e, especialmente, a discussão das práticas educativas nestes locais de estudo.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu as seguintes conclusões sobre os efeitos do uso da cartilha “Celebrando a Vida” na assistência pré-natal:

- As informações transmitidas pelos profissionais durante o pré-natal são consideradas suficientes pelas gestantes que recebem a cartilha de maneira individual (p-valor=0,008 momento intermediário e p-valor=0,032 no seguimento).
- A cartilha é o meio de informação que as gestantes que recebem a cartilha de forma individual mais procuram para esclarecer suas dúvidas (p valor=0,000).
- A procura pela cartilha como meio de informação aumentou de forma significativa para gestantes que participaram do Curso do Pré-Natal (p valor=0,025). No entanto, os profissionais de saúde foram os recursos mais utilizado pelas gestantes que participaram destas atividades educativas, independentemente do recebimento da cartilha (p valor=0,007). Estes profissionais de saúde podem ser aqueles que estão envolvidos com a atividade educativa em grupo.
- Há resposta positiva à cartilha pelas gestantes, tanto no recebimento de forma individual, quanto na atividade educativa em grupo. As gestantes leram a cartilha, mesmo aquelas que já passaram pela experiência de uma gestação anterior, utilizaram as informações, foram ajudadas pelas informações contidas na cartilha e também perceberam mudanças em suas vidas. As gestantes transmitiram as informações da cartilha a outras pessoas ao discutirem a informação da cartilha com alguém.
- A cartilha fornecida de maneira individual aumenta a QV das gestantes (p valor=0,035).
- A cartilha, associada ao Curso do Pré-Natal, aumentou a QV das gestantes em relação ao domínio socioeconômico (p valor=0,037).
- Há resposta positiva em relação à participação na atividade educativa em grupo para as gestantes que receberam ou não a cartilha. Há adequação entre

as expectativas e a correspondência destas expectativas em relação ao curso. O Curso do Pré-Natal foi útil para aprendizado, preparação e suporte, ocasionando mudança na vida das gestantes - para melhor, com o esclarecimento de dúvidas e melhor experiência. As gestantes recomendam o Curso do Pré-Natal a outras gestantes, por causa da possibilidade do esclarecimento de dúvidas e as trocas de experiências.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Anya SE, Hydera A, Jaiteh LE. Antenatal care in The Gambia: missed opportunity for information, education and communication. *BMC pregnancy and childbirth*. 2008;8(9):1-7.

Biehle SN, Mickelson KD. Worries in expectant parents: Its relation with perinatal well-being and relationship satisfaction. *Personal Relationships*. 2011;18(4):697–713.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Manual técnico. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília; 2004. 82 p

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde. Caminhos da Institucionalização. Brasília; 2005 p. 36.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Brasília; 2008.

Brasil. Lei n. 7/2009, de 12 de fevereiro. Aprova a revisão do código de trabalho. CLT. Artigo n 46 Inciso 4. Dispensa para a consulta pré-natal. [citado 2011 fev 04]Disponível em http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/2009_1_07_12_02.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Informe. Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde. Edição Especial. Prêmio apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico 2010; 1(4). Disponível <http://www.saude.gov.br>

Brasil. Governo Federal. Saúde. Maternidade [site na internet].[citado 2012 ago 4]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/gestacao/cuidados-durante-a-gravidez>

Castro DFA. Qualidade de Vida de Gestantes Assistidas pela Estratégia Saúde da Família. [dissertação]; 2010. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 184.

Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [tese de livre-docência]; 2005. p. 135.

Clement S, Sikorski J, Wilson J, Das S, Smeeton N: Women's satisfaction with traditional and reduced antenatal visit schedules. *Midwifery*. 1996; 12(3):120-8.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n°381/2011. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau. DOU n° 140 pág 229 – seção 1. [citado 2012 dezembro 17]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3812011_7447.html

Cooper M, Warland J. Improving women's knowledge of prostaglandin induction of labour through the use of information brochures: a quasi-experimental study. *Women and Birth* 2011;24(4):156–64.

Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R, et al. Original article Quality of life , depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. 2009;127(4):185–9.

da Costa D, Dritsa M, Verreault N, Balaa C, Kudzman J, Khalifé S. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*. 2010;13(3):249–57.

Di Mario S, et al. What is the effectiveness of antenatal care (Supplement). Copenhagen, WHO Regional office for Europe (Health Evidence Network Report);2005. [citado 2011 abril 16]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>

Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to Mothers II. Report of the Second National US Survey of Women's Childbearing Experiences. 2006 p. 106.

de Oliveira BH, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *Journal of Orofacial Pain*. 2006;20(4):297–305.

Duarte SJH, de Andrade SMO, Mamede MV. Maternal decision on obtaining prenatal care: a study in Brazil. *Midwifery*. 2011;27(2):160–4.

Durham G. Evaluation of “your pregnancy”- a New Zealand health information booklet for pregnant women. 1989;13(3):281–8.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para a Atenção Efetiva na Gravidez e no parto. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*. 2004;20(3):226–35.

Fernandez RAQ, Vido MB. Pregnancy and Quality of Life: Assessment during the gestacional trimesters. *Online Brazilian Journal of Nursing* 2009; 8(1).

Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *School Inquiry Nurs Pract.* 1996;10(3):293-304.

Fernandez RAQ, Narch NZ, Cianciarullo TI. Qualidade de Vida da Mulher de baixa renda na fase gravídica. In:15th Congresso n Women`s Health Issues and IV Congresso Obstetric and Neonatal Nursing,São Pedro, Novembro, 2004. CD-Rom.

Fernandez RAQ, Vido MB. Pregnancy and Quality of Life: Assessment during the gestacional trimesters. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2009; 8(1).

Formiga JFN Filho. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Galvão L, Diaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 104-62.

Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. 1999. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns.

Fundação Carlos Chagas. Mulheres Brasileiras, Educação e Trabalho; 2007 [citado 2012 jun 03]. Disponível em <http://www.fcc.org.br/bdmulheres/serie3.php?area=series>

Goodman CS. Introduction to health care technology assessment. 1998. [citado 2010 fev 02]. Disponível em www.nlm.nih.gov/nichsr/ta01/ta10102.html

Gagnon Anita J, Sandall Jane. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: *The Cochrane Library*, Issue 3, Art. No. CD002869.pub4 2009

Guedes JS. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. *Estudos Avançados.* 2003;17(48):229–41.

Hanson L, Vusse LV, Roberts J, Forristal A. A Critical Appraisal of Guidelines for Antenatal Care: Components of Care and Priorities in Prenatal Education *JMWH* 2009; 54(6):58-68.

Haas JS, Jackson R a, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *Journal of general internal medicine.* 2005;20(1):45–51.

Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *Journal of Family Practice.* 1998;47(3).

Hoga LAK, Reberte LM. Técnicas Corporais em Grupo de Gestantes: a Experiência dos Participantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006;59(3):308–13.

Hoga LAK, Reberte LM. Action-research as a strategy to develop pregnant women group: the participants' perception. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007;41(4):559–66.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. Uma análise de condição de vida da população brasileira. Famílias. Rio de Janeiro; 2009 p.91-126. [citado 2012 julho 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/supme/default_educacao.shtm

Jaddoe VWV. Antenatal education programmes: do they work? *Lancet* 2009;374:863–4.

Jenicek M. Epidemiology, Evidenced-based Medicine, and Evidence-Based Public Health. *Journal of Epidemiology*. 1997;7(4):187–97.

Kabakian-Khasholian T, Campbell OMR. Impact of written information on women's use of postpartum services: a randomized controlled Trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2007 86: 793-98.

Kimura M, da Silva JV. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(Esp):1098-104.

Klima CS. Centering pregnancy: a model for pregnant adolescents. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48:220–5.

Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2008;115(12):1484–93.

Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. Internet Use in Pregnancy Informs Women 's Decision Making: A Web-Based Survey. *Birth-Issues in Perinatal Care*. 2010;37(2):106–15.

Le CT. *Introductory Biostatistics. Comparisson of population means*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2003. p.246-70.

Lima-Pereira P, Bermúdez-Tamayo C, Jasienska G. Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;21(3-4):322–30.

Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics and Gynecology* 2001;97(6):988–93.

Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, da Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *2011;27(4):787–96.*

Minayo MCS, Zulmira MAH, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.

Moura ERF, Holanda JrF, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(6):1791–9.

Murira N, Munjanja SP, Zhanda I, Lindmark G, Nystrom NL. Health education for pregnancy in Harare. A survey in seven primary health care clinics. *Cent Afr J Med*. 1996;42(10):297–301.

Murphy HR Integrating educational and technological interventions to improve pregnancy outcomes in women with diabetes. *Diabetes, obesity and metabolism* 2010; 12 (2): 97-104.

Nassar N, Roberts C, Raynes-Greenow C, Barratt A, Peat B, Decision Aid for Breech Presentation Trial Collaborators: Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007, 114:325-333.

Naseem K, Khurshid S, Khan SF, Moeen A, Farooq MU. Health related quality of life in pregnant women: A comparison between urban and rural populations. *2011;308.*

Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper L a, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2006;107(4):798–806.

Novick G. Women's experience of prenatal care: An integrative review. *J Midwifery Womens Health* 2009;54:226–37.

O'Cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kirkham M. Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. *BMJ* 2002; 324:1–5.

Organización de los Estados Americanos. Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos. Washington D.C; 2010 p. 32.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poor. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86(4).

Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstetrics and gynecology*. 1999;94(6):935–41.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 21(377):1778–97.

Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of evidence-based healthcare. *Int JEB Healthcare*. 2005;3(8):207-15.

Pearson A. 2008. Evidence Based Practice in Health Policies and the Role of the Joanna Briggs Institute. Presentation. Seminário Internacional de Práticas Baseadas em Evidência. Seminário Avaliação e Uso de Evidências nas Práticas de Saúde. 17 a 18 de setembro de 2008 Brasil, 2008. Universidade de São Paulo.

Peñacoba-Puente C, Monge FJC, Marín Morales D. Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2011;90(9):1030–5.

Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silva D, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras. Saúde Matern. Infant*. 2007;7(1):75–82.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Mãe Paulistana. [site na internet]. [citado 2010 fev 7]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=5657>

Raynes-Greenow CH, Nassar N, Torvaldsen S, Trevena L, Roberts CL. Assisting informed decision making for labour analgesia: a randomised controlled trial of a decision aid for labour analgesia versus a pamphlet. *BMC pregnancy and childbirth*. 2010 Jan;10:15.

Reberte LM, Rudge T, West S, Hoga LAK. Quality of life as an outcome of educational interventions for women's health promotion. [resultados de pesquisa aceito para apresentação na Third International Conference on Health, Wellness and Society]. São Paulo; 2013.

Reberte LM, Hoga LAK. O Desenvolvimento de um Grupo de Gestantes com a utilização da Abordagem Corporal. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(2):186–92.

Reberte LM, Hoga LAK. A Experiência de Pais Participantes de um Grupo de Educação para Saúde no Pré-Natal. *Ciencia y Enfermeria*. 2010;16(1):105–14.

Reberte, LM. Celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante [dissertação]; 2008 Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 130p.

Reberte LM, Hoga LAK. Celebrando a Vida. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP [cartilha educativa]; 2009. p.48. Disponível em www.ee.usp.br/celebrando_a_vida.pdf

Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 2012; 20(1):101–8.

Redman S, Oak S, Booth P, Jensen J SA. Evaluation of an antenatal education programme: characteristics of attenders, changes in knowledge and satisfaction of participants. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1991;31(4):310–6.

Redshaw M, Martin C. Motherhood : a natural progression and a major transition. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2011;29(4):305–7.

Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics* 2007 6ª ed. Ed. Thomson p. 416.

IISBEPS. Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde. Declaração sobre cooperação entre países na efetividade da promoção à saúde. Rio de Janeiro; 2008.

Schwarz EB, Smith R, Steinauer J, Reeves MF CA. Measuring the effects of unintended pregnancy on women's quality of life. *Contraception*. 2008;78(3):204–10.

Scientific Advisory Committee of Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life research* 2002; 11:193-205.

Secoli SR, Nita ME, Ono-Nita SK, Nobre M. Avaliação de tecnologia em saúde. II Análise de custo-efetividade. *Arq Gastroenterol* 2010; 47(4):329-33.

Serruya SJ, Ceccati JG, Lago TG. O programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil.: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1281-9

Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper L a, Strobino D, Powe NR, et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Maternal and child health journal*. 2009;13(5):577–87.

Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making Choices for Childbirth: A Randomized Controlled Trial of a Decision-aid for Informed Birth after Cesarean. *Birth-Issues in Perinatal Care*. 2005;32(4):252–61.

Silvares EÁ, Suárez MS de D, Ortega RA, González AG, Núñez RR. Influencia de la gestación de bajo riesgo en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por las gestantes. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2008; 51(1):4–14.

Smith C, Crowther C, Beilby J, Dandeaux J. The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2000;40(4):397–401.

Sobrinho EJMA, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. 2003;17(48):209–27.

Svensson J, Barclay L, Cooke M. The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *The Journal of perinatal education*. 2006 Jan;15(4):18–27.

Stapleton H, Kirkham M, Thomas G. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *British Medical Journal* 2002; 324: 639–43.

Starfield, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2ª ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004. 726p.

Tasdemir S, Balci E, Günay O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2010;115:275–81.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. Sus, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *IESUS*. 1998;7(2):7–28.

Trevisan MR, De Lorenzi DRS, De Araújo NM, Khaddour E. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *RBGO*, 2002; 24(5), 293–9.

Thornton C, Rarrison RF, Hogan Q. Antenatal Education. *BMJ* 1978: 506.

UIC. University of Illinois at Chicago. Quality of Life Index. Ferrans and Powers. Reliability and Validity. [citado 03 dezembro de 2011] Disponível em <http://www.uic.edu/orgs/qli/reliability/reliabilityhome.htm>

World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects; 2000 [citado 2010 jan 23]. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Young D. Childbirth education, the internet, and reality television: challenges ahead. *Birth*. 2010 Jun;37(2):87–9.

Zapf W. Social reporting in the 1970s and in the 1990. *Social Indicators Research*. 2000; 51:1-15.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO CEP/EEUSP



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 27 de abril de 2010.

Ilm.^a Sr.^a

Luciana Magnoni Reberte

Ref.: Processo nº 897/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Avaliação do impacto da cartilha celebrando a vida: nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante sobre a qualidade de vida de gestantes**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fátima Prado Fernandes
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 – APROVAÇÃO CEP/SMS



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS
 Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque
 Telefone: 3397.2464

1

São Paulo, 15 de Junho de 2010
 PARECER Nº 203/10 – CEP/SMS
 CAAE: 088.0.162.196-10

Ilma. Sra.
Luciana Magnoni Reberte

Projeto de Pesquisa: Avaliação do Impacto da Cartilha "Celebrando a Vida: Nosso Compromisso com a Promoção da Saúde da Gestante" Sobre a Qualidade de Vida da Gestante
Pesquisador Responsável: Luciana Magnoni Reberte
Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP
Local onde os dados serão coletados: Supervisão Técnica de Saúde do Butantã/ CRS Centro-Oeste
Patrocinador: o projeto será submetido à FAPESP e ao CNPq

I - Sumário Geral do Protocolo

A necessidade da comprovação da eficácia de intervenções em saúde têm sido recomendada mundialmente. Apenas 15% de todas as intervenções têm sido realizadas em função de sua efetividade. No âmbito das atividades educativas, alguns estudos constataram essa mesma necessidade. As práticas em saúde devem ser constantemente avaliadas, elas devem ser pertinentes em função de sua aplicabilidade, apropriadas ao contexto de uso, significativas e serem efetivas. Neste trabalho em questão considerou-se importante avaliar a efetividade da cartilha "Celebrando a Vida: nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante. Com a finalidade de incorporação da cartilha nos serviços que prestam assistência pré-natal às gestantes pelo SUS e de subsidiar o trabalho com grupos de gestantes. O objetivo deste estudo é avaliar a efetividade da cartilha "Celebrando a vida: nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante" sobre a qualidade de vida da gestante. E verificar a existência de relações entre a qualidade de vida na gestação e: Informações recebidas pelas gestantes na assistência pré-natal e a Participação em atividades educativas em grupo.

Trata-se de pesquisa do tipo quantitativa. Serão comparados quatro grupos compostos por gestantes que estarão em acompanhamento pré-natal em duas UBSs da Cidade de São Paulo em relação à qualidade de vida e informações recebidas durante o pré-natal. Os grupos serão estruturados da seguinte forma: G1: controle; G2: entrega da Cartilha Celebrando a Vida; G3: intervenção educativa estruturada de acordo com o Programa de Atividade Educativa no Pré-Natal; G4: atividade educativa estruturada de acordo com o Programa de Atividade Educativa no Pré-Natal em conjunto com o uso da Cartilha Celebrando a Vida.

A coleta de dados será realizada em três momentos, denominados M1 (momento inicial), M2 (momento intermediário) e M3 (momento final).

Para evitar possíveis dilemas em relação à cartilha, os grupos que serão realizados em uma mesma unidade e a coleta ocorrerão em momentos diferentes. Primeiramente serão coletados dados com as gestantes do grupo um que não receberão a cartilha, e após a finalização desta etapa da coleta será iniciada a coleta com o grupo dois, que receberá a cartilha. A mesma estratégia será adotada com os grupos três e quatro.

Como instrumentos da pesquisa serão utilizados: questionário sócio-demográfico e clínico com a finalidade de caracterização da amostra (Apêndice 1). O Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers adaptado para gestantes (Anexo 1), Formulário de Avaliação da Comunicação no Pré-Natal (Apêndice 2) é composto por questões relacionadas às informações recebidas pelas gestantes durante o Pré-Natal e sobre a Motivação e Avaliação da Participação em Grupo de Gestantes, também inclui questões sobre a cartilha. Os questionários que serão utilizados no M1 serão os seguintes: Questionário sócio-demográfico e clínico ;IQVFP para gestantes; Formulário



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS
 Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque
 Telefone: 3397.2464

2

CAAE: 088.0.162.196-10

de Avaliação da Comunicação no Pré-Natal. Os questionários que serão utilizados no M2 e M3 serão os seguintes: IQVFP para gestantes; Formulário de Avaliação da Comunicação no Pré-Natal.

A amostra será composta por 168 gestantes no total e 42 gestantes em cada grupo.

Critérios de inclusão: gestação confirmada, estar no máximo no segundo trimestre gestacional, ter feito no mínimo uma consulta de pré-natal e estar em acompanhamento pré-natal no local do estudo. Serão excluídas as gestantes que apresentem patologias psiquiátricas que impeçam a participação no programa.

II - Considerações

A folha de rosto que acompanha o Projeto está devidamente preenchida pela pesquisadora. O Projeto informa que serão 168 sujeitos de pesquisa. O currículo da pesquisadora está de acordo com a proposta da pesquisa. O orçamento é adequado, a pesquisadora declara que os custos do Projeto serão de sua inteira responsabilidade e refere que está pleiteando uma bolsa pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq.

A metodologia é adequada aos objetivos e não impõe condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa; á tratamento adequado dos dados/informações.

Os critérios de inclusão e exclusão são claros e consistentes com o estudo. O cronograma está adequado.

Este Projeto foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-EEUSP, em 27 de abril deste ano.

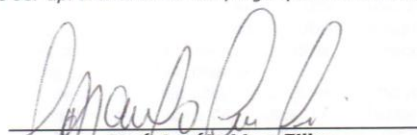
O parecer anterior solicitava exclusão de dados pessoais do voluntário do Questionário Demográfico além de propor retificações no TCLE, ambos foram reescritos e considerados adequados. Foi incluído no Termo autorização para uso de imagem por foto ou vídeo para treinar profissionais para pesquisa além da garantia de que o rosto dos sujeitos de pesquisa não será mostrado.

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da Unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.


 José Araújo Lima Filho
 Coordenador
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

LM/lm

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA GESTANTE

Prezada Senhora,

Eu, Luciana Magnoni Reberte, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), estou pesquisando sobre uma cartilha para gestantes para saber se a cartilha ajudará na qualidade da sua vida.

Peço sua colaboração como participante desta pesquisa, que acontecerá de acordo com o grupo em que você estiver participando. Serão formados 4 grupos:

Grupo 1: Gestantes que respondem a 3 questionários sobre suas características pessoais e de sua gravidez, sobre sua qualidade de vida e informações recebidas no pré-natal. Isto acontecerá em 3 momentos durante a gravidez com um intervalo de 1 mês entre eles.

Grupo 2: Gestantes que recebem uma Cartilha e respondem a 3 questionários sobre suas características pessoais e de sua gravidez, sobre sua qualidade de vida e informações recebidas no pré-natal. Isto acontecerá em 3 momentos durante a gravidez, com um intervalo de 1 mês entre eles.

Grupo 3: Gestantes que participam de uma atividade educativa em grupo, que acontecerá em 5 encontros, e respondem a 3 questionários sobre suas características pessoais e de sua gravidez, sobre sua qualidade de vida e informações recebidas no pré-natal. Isto acontecerá em 3 momentos durante a gravidez, com um intervalo de 1 mês entre eles.

Grupo 4: Gestantes que participam de uma atividade educativa sobre temas relacionados à gestação, em grupo. Isto acontecerá em 5 encontros. Recebem uma Cartilha e respondem a 3 questionários sobre suas características pessoais e de sua gravidez, sobre sua qualidade de vida e informações recebidas no pré-natal. Isto acontecerá em 3 momentos durante a gravidez, com um intervalo de 1 mês entre eles.

A participação no estudo é livre e de espontânea vontade, a senhora poderá deixar de participar da pesquisa quando quiser, garanto que isso não causará qualquer problema à senhora. Os dados deste estudo serão usados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas. Seu nome e seus dados pessoais não serão mostrados em nenhum momento da pesquisa, que ficarão em segredo.

A realização desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP. Contato: edipesq@usp.br e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS. Contato para dúvidas e/ou denúncias quanto a questões éticas: smscep@gmail.com e pelo telefone 3397-2464. No caso de dúvidas a senhora poderá entrar em contato comigo pelo telefone 86829270/66862010 e pelo e-mail: lureberte@usp.br.

A senhora não terá gastos e não terá pagamento pela participação. Não há perigos ou prejuízos em participar deste estudo. Toda e qualquer dúvida que a senhora tenha será esclarecida.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA GESTANTE

Será necessária a autorização para uso de sua imagem por foto ou vídeo para treinar alguns profissionais para pesquisa e divulgar os resultados deste estudo. Garantimos que seu rosto não será mostrado.

Este termo será preenchido em duas vias, sendo uma entregue ao participante da pesquisa.

“Declaro que, após ter sido totalmente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Projeto de Pesquisa”.

LOCAL	DATA
Assinatura da gestante	Luciana Magnoni Reberte Enfermeira Obstetra e aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da USP

ANEXO 4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA FERRANS AND POWERS PARA GESTANTES

(Fernandez et al,2004)

*Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve **O Quanto Satisfeita** você está com cada aspecto de sua vida. Por favor, responda selecionando o número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.*

Obs: Questões 24 e 25: você trabalha (responda a 24), não trabalha (responda a 25).

Quanto você está SATISFEITA com:	Muito insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Pouco insatisfeita	Pouco satisfeita	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Sua gravidez?	1	2	3	4	5	6
3. A assistência pré-natal que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
4. A intensidade de desconforto que você sente?	1	2	3	4	5	6
5. As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)?	1	2	3	4	5	6
6. A intensidade de irritação que você sente?	1	2	3	4	5	6
7. A energia que tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
8. Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
9. Sua capacidade para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
10. A possibilidade de viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
11. A saúde de sua família	1	2	3	4	5	6
12. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
13. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
14. Seu relacionamento com o (a) esposo (a)/ companheiro (a)?	1	2	3	4	5	6
15. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
16. Seus amigos	1	2	3	4	5	6
17. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6

Quanto você está SATISFEITA com:	Muito insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Pouco insatisfeita	Pouco satisfeita	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita
18. Sua capacidade de cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
19. Sua capacidade de ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20. O nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
21. Seu lar?	1	2	3	4	5	6
22. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
23. Suas condições socioeconômicas?	1	2	3	4	5	6
24. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
25. O fato de não ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
26. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
27. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
28. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
29. A possibilidade de ter uma criança?	1	2	3	4	5	6
30. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
31. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
32. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
33. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
35. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
36. Com você mesmo, de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o **Quanto Você Acha Cada Aspecto De Sua Vida Importante**. Por favor, responda selecionando o número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

Quanto é IMPORTANTE para você:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Esta gravidez?	1	2	3	4	5	6
3. O cuidado pré-natal?	1	2	3	4	5	6
4. Estar completamente livre de desconforto?	1	2	3	4	5	6
5. Estar completamente livre de mudanças de humor (tristeza e alegria)?	1	2	3	4	5	6
6. Estar completamente livre de irritação?	1	2	3	4	5	6
7. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
8. Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
9. Ter condições físicas para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
10. Viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
11. A saúde de sua família	1	2	3	4	5	6
12. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
13. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
14. Seu relacionamento com o (a) esposo (a)/ companheiro (a)?	1	2	3	4	5	6
15. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
16. Seus amigos	1	2	3	4	5	6
Quanto é IMPORTANTE para você:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
17. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Sua capacidade de cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6

19. Sua capacidade de ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20. Ter um nível aceitável de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
21. Seu lar?	1	2	3	4	5	6
22. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
23. Ter boas condições socioeconômicas?	1	2	3	4	5	6
24. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
25. Ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
26. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
27. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
28. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
29. Ter essa criança?	1	2	3	4	5	6
30. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
31. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
32. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
33. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34. Estar satisfeita com a vida?	1	2	3	4	5	6
35. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
36. Ser você mesma?	1	2	3	4	5	6

ANEXO 5 – DESEJO DE ENGRAVIDAR

Quando você ficou grávida, você estava querendo engravidar naquele momento, queria esperar mais, ou não queria ter (mais) filhos?

- Queria naquele momento
- Queria esperar mais
- Não queria ter (mais) filhos

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO

Nome: _____ telefone: _____
 _____ celular: _____
 e-mail: _____

Idade: _____ anos Ocupação: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____

Valor da Renda da Família da sua casa: _____ Número de moradores da sua casa: _____

Estado civil: _____ Religião: _____
 Solteira Estudei até: _____
 Casada
 União Consensual

Quantas vezes você ficou grávida? _____ Você está com _____ meses de gravidez
 Ano do último parto : _____ Você está com _____ semanas de gestação
 N° Partos Normais _____
 N° Partos Fórcepe _____
 N° Partos Cesárea _____
 N° Abortos: _____
 N° de Filhos Vivos: _____

Ficou doente na gravidez anterior? Tem alguma doença nesta gravidez?
 () sim () não () sim () não
 Que doença você teve? _____ Que doença você tem? _____

Você fuma? () sim () não Tempo de uso:
 Você bebe bebida alcoólica? () sim () não Quantos anos?____
 Usa outras Drogas? () sim () não Quantos anos?____
 Quais: _____ Quantos anos?____

Você vem sentindo ou tem: () Dores nas pernas
 () Queimação () Dores nos braços
 () Enjôo () Tontura
 () Vômitos () Inchaço
 () Dores de cabeça () Dificuldade para dormir
 () Dores no corpo () Hemorróidas
 () Cansaço Você também tem outros desconfortos?
 () Dores nas costas () sim () não
 Quais: _____

Você recebeu tratamento ou orientação para o(s) desconforto (s)?

() sim () não

Para quais desconfortos:

Qual tratamento ou orientação?

Você tem atividades de lazer? sim () não ()

Qual: _____

Quantas vezes por semana:

Você faz atividades físicas? sim () não ()

Qual: _____

Quanto tempo em minutos _____

Quantas vezes por semana _____

Participou de grupo ou curso de gestantes na gravidez anterior?

sim () não ()

() Hospital Qual: _____

() UBS Qual: _____

() Outro Qual: _____

Participou de grupo ou curso de gestantes na gravidez atual?

sim () não ()

() Hospital _____

() UBS _____

() Outro _____

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SOBRE GRAVIDEZ DURANTE O PRÉ-NATAL

Composto pelo apêndice 2 ao apêndice 5.

APÊNDICE 2 – INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL

Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, marque com um X a resposta que melhor indica sua avaliação sobre as informações recebidas durante o pré-natal. Não há respostas certas ou erradas.

1. Você está satisfeita com as informações que você tem recebido sobre sua gestação durante o pré-natal?

- Sim
- Não
- Parcialmente

2. Você tem tido um momento para o atendimento de suas dúvidas durante o pré-natal?

- Sim
- Não
- Parcialmente

3. Você tem sido atendida em suas dúvidas?

- Sim
- Não
- Parcialmente

4. As informações são suficientes?

- Sim
- Não
- Parcialmente

5. Estas informações tem sido significativas para você?

- Sim
- Não
- Parcialmente

6. Quais os meios de informação que você procura para esclarecer suas dúvidas durante a gravidez? (Você pode marcar mais de uma resposta)

- TV
- Rádio
- Revistas
- Jornal
- Livros
- Cartilhas
- Folhetos
- Internet
 - Sites
 - Listas de discussão
 - Blogs
 - Twitter
- Família, vizinhos e amigos
- Profissionais de saúde
- Posto de saúde
- Hospital ou Maternidade

7. Escreva qual destes meios de informação você mais utiliza?

APENDICE 3 – SOBRE A CARTILHA CELEBRANDO A VIDA

*As questões abaixo são sobre o uso da cartilha educativa **Celebrando a Vida**. Escolha apenas uma das alternativas. Não há respostas certas ou erradas.*

1. Você leu a cartilha?

- Sim, eu li a cartilha
- Não, não li a cartilha
- Li apenas uma parte da cartilha

Se você respondeu **SIM** ou **LI APENAS UMA PARTE DA CARTILHA**, responda as seguintes questões:

2. Leu a cartilha ou parte dela mais de uma vez?

- Sim
- Não

3. Usou e foi ajudada pela informação que está na cartilha?

- Sim
- Não

4. Discutiu a informação que está na cartilha com alguém?

- Sim
- Não

5. Você indicaria a cartilha para alguém ler?

- Sim
- Não

6. Você percebeu alguma mudança na sua vida após a ler a cartilha?

- Sim
- Não

Escreva

qual(is)? _____

APÊNDICE 4 – MOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR DO CURSO DO PRÉ-NATAL

Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, indique qual é a sua motivação e expectativa para participar do Curso do Pré-Natal. Você pode escolher mais de uma resposta. Não há respostas certas ou erradas.

Qual é a sua motivação e expectativa para participar do grupo? Você poderá assinalar mais de uma alternativa.

- Esclarecer dúvidas e ter mais informações sobre a minha gravidez
- Trocar experiências com outras gestantes
- Ter atividades para o cuidado com o corpo
- Aliviar a ansiedade sobre: _____
- Me sentir mais segura sobre: _____
- Outra: Escreva qual _____

APÊNDICE 5 – AVALIAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO CURSO DO PRÉ-NATAL

*Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, indique qual foi a sua avaliação do Curso do Pré-Natal. Na questão **1b** você pode marcar com um X mais de uma resposta. Nas próximas questões escolha apenas uma das alternativas. Não há respostas certas ou erradas.*

1. Em relação às motivações e expectativas para participar do grupo?

1a) Ela (s) foi (ram) correspondida(s)?

- Sim
- Não
- Parcialmente

1b) Qual (is)

- Esclarecer dúvidas e ter mais informações sobre a minha gravidez
- Trocar experiências com outras gestantes
- Ter atividades para o cuidado com o corpo
- Aliviar a ansiedade sobre: _____
- Me sentir mais segura sobre: _____
- Outra: Escreva qual _____

2. Esta atividade teve utilidade em sua vida?

- Sim
- Não

Caso sim, escreva em qual situação: _____

3. Você percebeu alguma mudança na sua vida após a participação no grupo?

- Sim
- Não

Escreva qual: _____

4. Você recomendaria essa atividade à outra gestante?

- Sim
- Não

Escreva o porquê: _____

O que você mudaria neste curso? _____

APÊNDICE 6 – ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA ENTREGA DA CARTILHA

Os seguintes esclarecimentos deverão ser fornecidos às gestantes no ato da entrega da cartilha:

1. Apresentação do profissional
2. Mostrar a cartilha
3. Explicar que o recebimento da cartilha é parte da pesquisa da qual está participando
4. Esta cartilha chama-se Celebrando a Vida e será utilizada com as gestantes durante o pré-natal, mas para isso precisamos que você participe da avaliação da cartilha, lendo a cartilha e respondendo as perguntas sobre as informações do pré-natal, qualidade de vida e sobre a cartilha
5. Esta cartilha vai ajudar a tirar as dúvidas que você pode ter durante a gravidez. Ela ensina sobre as mudanças da gravidez, como é o crescimento do bebê, o parto, a amamentação e os cuidados com o bebê, após o parto e cuidados com o corpo, mostrando o que fazer em cada etapa
6. Citar um exemplo da cartilha para que tenha interesse em ler, leitura de um trecho da cartilha
7. Caso você tenha dúvidas poderá me procurar
8. Colocar a cartilha no envelope e entregar
9. Favor não mostrar às outras gestantes da UBS porque temos que fazer a primeira entrevista sem que as gestantes tenham lido a cartilha
10. Agradecer

APÊNDICE 7 – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO CURSO DO PRÉ-NATAL

UBS Jd. São Jorge



Você está convidada para o CURSO DO PRÉ-NATAL

Venha conhecer mais sobre sua gravidez e contribuir com sua experiência nos encontros com outras gestantes e profissionais da UBS Jd. São Jorge.

1° Encontro: **data [mudanças da gravidez]**

2° Encontro: **data [desenvolvimento da gravidez e do bebê]**

3° Encontro: **data [amamentação]**

4° Encontro: **data [trabalho de parto]**

5° Encontro: **data [pós-parto e cuidados com o bebê]**



Local: UBS Jd. São Jorge: Sala de grupo

Horário: **sexta-feira, 14:00 hs**

Esperamos vocês!



APÊNDICE 8 – PROGRAMA DE ATIVIDADE EDUCATIVA CURSO DO PRÉ-NATAL

ATIVIDADE EDUCATIVA CURSO DO PRÉ-NATAL	Sessão 01
Assunto: <i>Integração do grupo / Expectativas e Mudanças durante a gravidez</i>	
<p style="text-align: center;"><u><i>Expectativas e Mudanças durante a gravidez</i></u></p> <p>Objetivo: Integrar os participantes, possibilitar a troca de experiências, esclarecimento de dúvidas, ampliar a percepção das modificações gestacionais, estimular a prática da atividade física regular.</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>Apresentação do grupo e verbalização das expectativas</p> <p>Divulgação dos projetos de atividade física da UBS</p> <p>Dinâmica de grupo – alterações da gestação</p> <p>Saúde bucal da gestante</p> <p>Direitos da gestante</p>	

ATIVIDADE EDUCATIVA CURSO DO PRÉ-NATAL	Sessão 02
Assunto: <i>Desenvolvimento fetal e gestacional</i>	
<p data-bbox="660 678 1043 707" style="text-align: center;"><u>Mudanças e desenvolvimento fetal</u></p> <p data-bbox="301 835 1273 896">Objetivo: Possibilitar o esclarecimento de dúvidas e ampliar a percepção da sexualidade e modificações gestacionais e fetais.</p> <p data-bbox="301 1021 499 1050">Desenvolvimento</p> <p data-bbox="301 1104 619 1133">Mudanças físicas da gestação</p> <p data-bbox="301 1180 528 1209">Crescimento do bebê</p> <p data-bbox="301 1256 520 1285">Vínculo com o bebê</p> <p data-bbox="301 1339 879 1368">Atividade sexual na gestação e sexualidade, violência</p> <p data-bbox="301 1417 730 1447">Alongamento, relaxamento e respiração</p> <p data-bbox="301 1496 389 1525">Direitos</p>	

ATIVIDADE EDUCATIVA CURSO DOPRÉ-NATAL	Sessão 03
Assunto: <i>Trabalho de parto</i>	
<p data-bbox="751 678 954 707" style="text-align: center;"><u>Trabalho de parto</u></p> <p data-bbox="301 835 1310 896">Objetivo: Possibilitar o esclarecimento de dúvidas e ampliar a percepção referente ao corpo e assistência durante o trabalho de parto.</p> <p data-bbox="301 1023 497 1052">Desenvolvimento</p> <p data-bbox="301 1104 600 1133">Experiências e expectativas</p> <p data-bbox="301 1182 523 1211">Duração da gestação</p> <p data-bbox="301 1261 1098 1290">Sinais do trabalho de parto (momento de procurar atendimento hospitalar)</p> <p data-bbox="301 1339 395 1368">Posições</p> <p data-bbox="301 1417 798 1447">Assistência (toque, episiotomia, profissionais)</p> <p data-bbox="301 1496 624 1525">Parto normal, cesárea, fórcepe</p> <p data-bbox="301 1574 1382 1635">Métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor (anestesia, relaxamento, massagem e respiração)</p> <p data-bbox="301 1684 389 1713">Direitos</p> <p data-bbox="301 1762 703 1792">Divulgação da visita às maternidades</p>	

ATIVIDADE EDUCATIVA CURSO DO PRÉ-NATAL	Sessão 04
Assunto: <i>Amamentação</i>	
<p data-bbox="772 678 935 707" style="text-align: center;"><u><i>Amamentação</i></u></p> <p data-bbox="301 835 1358 891">Objetivo: Possibilitar o esclarecimento de dúvidas e ampliar a percepção referente ao aleitamento materno.</p> <p data-bbox="301 1021 499 1050">Desenvolvimento</p> <p data-bbox="301 1104 839 1133">Experiências e crenças sobre aleitamento materno</p> <p data-bbox="301 1182 584 1211">Produção do leite materno</p> <p data-bbox="301 1261 1153 1290">Dificuldades em amamentação (traumas mamilares, ingurgitamento, desmame)</p> <p data-bbox="301 1339 572 1368">Técnicas (pega, ordenha)</p> <p data-bbox="301 1417 560 1447">Armazenamento do LM</p> <p data-bbox="301 1496 389 1525">Direitos</p>	

ATIVIDADE EDUCATIVA CURSO DO PRÉ-NATAL	Sessão 05
Assunto: <i>Pós- parto e cuidados com o RN</i>	
<p data-bbox="671 678 1027 707" style="text-align: center;"><u><i>Pós- parto e cuidados com o RN</i></u></p> <p data-bbox="301 835 1339 893">Objetivo: Possibilitar o esclarecimento de dúvidas e ampliar a percepção referente ao puerpério, maternidade e cuidados com o bebê.</p> <p data-bbox="301 1021 497 1050">Desenvolvimento</p> <p data-bbox="301 1178 579 1207">Maternidade/ Paternidade</p> <p data-bbox="301 1258 635 1288">Cuidados no período pós-parto</p> <p data-bbox="301 1339 932 1368">Contraceção - divulgação grupo de planejamento familiar</p> <p data-bbox="301 1420 1219 1449">Cuidados com o RN (saúde bucal, troca de fraldas, banho, limpeza do coto umbilical)</p> <p data-bbox="301 1500 389 1529">Direitos</p>	